

## O CONTRIBUTO DA SUPERVISÃO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA O PAPEL DE FAMILIAR CUIDADOR

André Leão [1], Susana Regadas [1]

[1] Insight – Piaget Research Center for Ecological Human Development, Portugal

[andre.leao@ipiaget.pt](mailto:andre.leao@ipiaget.pt)

### RESUMO

**ENQUADRAMENTO:** A Supervisão pode constituir-se como um meio capital para o desenvolvimento e sustentação de uma Enfermagem mais significativa para as pessoas, numa perspetiva de promoção da transição para o papel de familiar cuidador. **OBJETIVOS:** Refletir sobre o contributo da Supervisão no processo de transição para o papel de familiar cuidador e o seu impacto, designadamente, no fomento e ampliação do conhecimento disciplinar em Enfermagem. **MÉTODOS:** A metodologia utilizada foi um estudo de caso, no qual se procedeu à implementação do Modelo de Supervisão de Proctor. **RESULTADOS:** A transição para o papel de familiar cuidador decorreu em três fases. Numa primeira fase o cuidador reportou necessidades de conhecimento sobre o que fazer e como fazer; numa segunda fase patenteou inquietações intrincadas com o exercício do cuidar; e num terceiro momento é expressa a necessidade de apoio e suporte emocional. Perante estas evidências, foi implementado o “Supervision Alliance Model”, no qual estão plasmadas as funções: formativa, normativa e de suporte ou restaurativa (Proctor, 2001), que efetivamente deram resposta às demandas do familiar cuidador, permitindo uma transição fluída e saudável, na assunção do papel do tomar conta de alguém. **CONCLUSÕES:** Este estudo de caso consentiu a inferência da relevância de cuidar de quem cuida, premissa crucial na segurança, qualidade e otimização da continuidade dos cuidados, arrogando-se a supervisão como uma resposta fundamental e basilar desta valorização e dignificação dos familiares que cuidam.

**Palavras-chave:** Familiar cuidador, Transição, Supervisão.

## THE CONTRIBUTION OF SUPERVISION IN THE TRANSITION PROCESS TO THE ROLE OF FAMILY CAREGIVER

### ABSTRACT

**FRAMEWORK:** Supervision can be a key means for the development and promotion of a more meaningful Nursing for people, to promote the transition to the role of family caregiver. **GOALS:** Reflect on the contribution of Supervision in the transition process to the role of family caregiver, and its contribution to the development of disciplinary knowledge in Nursing. **METHODS:** The methodology used was a case study, in which the Proctor Supervision Model was implemented. **RESULTS:** The transition to the role of family caregiver took place in three phases; in the first phase, the caregiver reported knowledge

needed about what to do and how to do it; in the second phase, he showed intricate concerns about the exercise of caring; and in a third moment, the need for support and emotional support was expressed. In view of this evidence, the "Supervision Alliance Model" was implemented, in which the functions are patented: formative, normative and support (Proctor, 2001), which responded to the demands of the family caregiver, allowing a fluid and healthy transition in the assumption of the role of taking care of someone. **CONCLUSIONS:** This case study allowed the inference of the importance of caring for those who care, a crucial premise in the safety, quality, and continuity of care, assuming supervision as a fundamental and basic response to this appreciation and dignification of family caregivers.

**KEYWORDS:** Family caregiver, Transition, Supervision.

## INTRODUÇÃO

Perante as múltiplas transformações que uma sociedade cada vez mais global apresenta, emergem, a cada momento, uma panóplia de problemas e desafios complexos, nomeadamente ao que à Enfermagem diz respeito. À semelhança dos países desenvolvidos, em Portugal, o serviço de saúde focou-se na questão diagnóstica e tratamento das patologias. O exponencial desenvolvimento tecnológico/científico, o aumento da esperança média de vida e o consequente envelhecimento populacional, associado ao incremento das doenças crónicas e níveis de dependência crescentes face ao autocuidado, conjuntamente com o declínio da taxa de natalidade associado à redução da taxa de mortalidade infantil e as crescentes condições a nível da educação, da nutrição e da economia das populações, impelem os profissionais da saúde, nomeadamente os Enfermeiros, num sentido de mudança.

A Enfermagem tem que inevitavelmente percecionar esta necessidade de mudança, e procurar alicerçar-se nos modelos teóricos, centrados no conhecimento disciplinar - numa “Enfermagem com mais Enfermagem” (Silva, 2007), subvalorizando eventualmente para um outro plano, o modelo biomédico, focado na gestão dos processos corporais.

O envelhecimento demográfico, enquanto processo multifatorial e dinâmico, ocorre de um modo mais espaçado no tempo e num número maior de pessoas, aumentando a percentagem de dependentes, ou seja, de pessoas com maiores necessidades em cuidados de saúde. É inegável a constatação que esta realidade está a contribuir “para um certo *back to basics*” (Silva, 2007), em que a indispensabilidade da máxima competência dos Enfermeiros face ao exercício do seu papel, vem fundir-se aos apelos da população para a satisfação das suas reais necessidades, designadamente naquelas que se encontram intimamente relacionadas com a questão do autocuidado (Silva, 2007).

Este incremento exponencial da dependência no autocuidado, nomeadamente em contexto familiar, assume-se hodiernamente, como uma questão com elevado impacto social e profissional, adjetivada de extraordinariamente complexa, multifatorial e de desmedida variabilidade (Ricarte, 2009; Pereira, et al., 2017). Neste alinhamento, a assunção do papel de familiar cuidador vem-se desvelando como uma problemática central para a área da saúde em geral, e para a Enfermagem em particular.

O crescimento efetivo do número de pessoas com idades cada vez mais avançadas e, previsivelmente, mais dependentes, associada a um maior número de comorbilidades e patologias, impulsiona os profissionais para novos desafios em saúde, principalmente os Enfermeiros. Promover a reconstrução da autonomia, no limite do seu potencial, de pessoas dependentes no autocuidado, consubstancia um repto para estes profissionais. De realçar que, cuidar de alguém que, repentina ou progressivamente,

fica dependente, estando incapaz de realizar as atividades do seu dia-a-dia, que sempre desempenhou, envolve também um grande desafio pessoal e familiar (Campos, 2008).

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) emerge assim, e assumindo-se neste contexto (de novos cenários de cuidados e necessidades em saúde), como um contributo basilar no auxílio desta problematização, cooperando e efetivando, na busca da qualidade dos cuidados em saúde.

A origem da palavra supervisão vem do latim, em que Super corresponde a “acima ou mais”, e Videre corresponde a “ver”; assim sendo, supervisão significa ter uma visão acima de, ou para além de, e quando associada à prática clínica, atribui-se o nome de Supervisão Clínica (SC) (Abreu, 2007; Lynch, et al, 2008; Borges, 2013).

Ao longo do tempo, a SC foi considerada como um processo subjugado a uma hierarquia, de caráter impessoal, com vista a uma ação inspetiva e de controlo (Fonseca, 2006, Borges, 2013); um processo intimamente associado à gestão, encarando o supervisor clínico como alguém que dirige, fiscaliza, controla e avalia a prática clínica dos profissionais (Borges, 2013). Esta ideia mais remota começa a desvanecer, assumindo uma perspetiva de mutualidade no crescimento e desenvolvimento de todos os intervenientes no processo, num determinado contexto, através de processos de reflexão e estudos neste âmbito (Fonseca, 2006; Borges, 2013; Rocha, 2014; Fonseca et al., 2016; Scaife, 2019; Simon-Cereijido et al., 2019).

Posto isto, a SC pressupõe o estabelecimento de uma simbiose dinâmica e diligente entre os intervenientes do processo supervisivo, na qual alguém mais experiente, conhecedor do contexto, investe o seu tempo, *know-how* e esforço, na promoção do pensamento crítico-reflexivo, do conhecimento e de habilidades, em alguém menos experiente, aumentando a sua compreensão, produtividade e sucesso profissional (Abreu, 2007; Pires et al., 2011; Borges, 2013; Nowell et al., 2017; Elie et al., 2019; Simon-Cereijido et al., 2019; Dillon, 2019).

Pelo exposto, encetou-se uma reflexão profícua sobre a pertinência da SCE, no processo de transição para assunção do papel de familiar cuidador, tendo por base um estudo de caso, nunca esquecendo a melhor evidência disponível produzida até ao momento.

## METODOLOGIA

Como metodologia recorreu-se a um estudo de caso (Quadro 1), uma vez que permite organizar os dados, considerando a singularidade do objeto estudado e num curto espaço temporal. Concomitantemente, otimiza um conhecimento que possa dialogar, argumentar e/ou fortalecer formulações teóricas de alcance explicativo amplo e abrangente, oferecendo contribuições para novas investigações sobre a temática em estudo (Alloatti, 2011; Zanni, 2011; André, 2014; Veja et al., 2019; Delgado, 2019).

O estudo de caso permite ainda a caracterização de um contexto específico olvidando a ideologia da premência do estabelecimento de relações causais com amostras de grande dimensão, ou da imperiosidade de análises estatísticas complexas, assumindo como principal destaque, uma análise pormenorizada com rigor científico (Delgado, 2019).

De forma a sustentar as reflexões elencadas, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, recorrendo a artigos científicos disponíveis em motores de busca, como a EBSCO, e a bases de dados como a Scopus e Web of Science, livros e trabalhos científicos relacionados com a temática em análise, atendendo a autores de referência na área em estudo.

#### **Quadro 1 – Caso Clínico**

O Sr. X tem 65 anos, é filho único e reformou-se recentemente, por antecipação da idade de reforma, da atividade de bancário. Esta antecipação da reforma resultou da limitação física presente, que condicionava a sua atividade profissional.

A mãe do Sr. X (viúva e a viver sozinha no apartamento), teve, entretanto, um AVC isquémico da artéria cerebral média direita, que originou défices notórios e que conduziram a uma incapacidade para o Autocuidado (AC). Previamente autónoma, necessitava no momento, de ajuda de pessoa para concretizar as diferentes atividades que concretizavam os diferentes domínios do AC. Durante o período em que a mãe esteve hospitalizada, o Sr. X visitou-a ocasionalmente, tendo sido informado pela equipa de saúde hospitalar da necessidade de preparação do regresso a casa da utente e das implicações que isso iria eventualmente acarretar, pelo grau de dependência que a mãe apresentava.

O Sr. X, preocupado com a situação da mãe, sentiu-se impelido a manifestar a intenção e disponibilidade de levar a mãe para sua casa, com a anuência da esposa, uma vez que ambos acreditavam na possibilidade que, mediante estimulação psicomotora, retomasse a sua condição anterior.

Face a este quadro familiar, a equipa de saúde procurou ensinar, instruir e treinar o Sr. X para a prestação dos cuidados inerentes a uma pessoa com estes níveis de incapacidade funcional. Informou também da possibilidade de referenciação para uma equipa de cuidados continuados integrados, com a intenção de otimizar a condição de saúde da utente e o processo de capacitação, tendo o Sr. X anuído de imediato e com agrado, esse encaminhamento e sinalização.

Até ao momento da alta hospitalar, a equipa de enfermagem tentou promover a consciencialização do Sr. X para o nível de compromisso no autocuidado que a mãe apresentava, mas este mantinha-se alheio à situação, referindo que era transitória e que iria certamente retomar as suas capacidades prévias. No entanto, por persistência dos enfermeiros do serviço onde se encontrava internada, providenciou uma cama articulada e alguns materiais/dispositivos inerentes aos cuidados a uma pessoa com compromisso elevado para o AC.

Após a alta clínica para o domicílio e ao experienciar as necessidades da mãe, o Sr. X inicia um processo de consciencialização face ao estado de dependência real e da percepção da impossibilidade da mesma, retomar o estado de autonomia anterior. Com a integração da mãe numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), foi simultaneamente confrontado com a eventualidade desta situação se prolongar por um longo período, ou seja, eventualmente até ao falecimento da utente, agora com 88 anos.

Perante este contexto, os enfermeiros da ECCI iniciaram a implementação de um plano de cuidados, cujos objetivos visavam a capacitação e suporte do familiar cuidador, dotando-o de conhecimentos e ferramentas para a prestação de cuidados inerentes a uma pessoa com compromisso elevado para o AC. Para potenciar este processo, a equipa de saúde envidou esforços na articulação com uma entidade local, para um serviço de apoio domiciliário que auxiliasse nos cuidados de higiene diária, alimentação e higienização da casa.

Para além das habilidades/capacidades foram trabalhadas as potencialidades do familiar cuidador para aumentar o conhecimento sobre a alimentação, cuidados da pele, dor e gestão do stresse. Todo este processo foi muito difícil para o Sr. X, pois para além das contrariedades instrumentais que apresentava, referia que sentia dificuldades em ver a mãe nua e em encarar a situação como algo a longo prazo.

Este processo foi moroso, mas veio a revelar uma consciencialização efetiva pelo familiar cuidador, conduzindo à vivência de uma transição, face à assunção do novo papel.

#### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A transição para a assunção do papel de familiar cuidador conduz ao aparecimento de uma multiplicidade de situações e sentimentos associados à falta de conhecimentos e habilidades, para assegurar as reais necessidades da pessoa dependente, inserida num contexto familiar, independentemente de ter sido uma opção ou não.

Associando-se a estas tarefas, o familiar cuidador mantém usualmente as funções que já desempenhava previamente no seio da família/sociedade, o que vai requerer um esforço acrescido e suplementar naquilo que é a sua conciliação (Pereira et al., 2017; Bernal et al., 2018; Silva et al., 2018). Os Enfermeiros aparecem nestes cenários, cada vez mais creditados, como atores principais neste processo, devendo envidar diligências no sentido de manterem um olhar muito atento, rigoroso e preventivo sobre os familiares cuidadores, implementando terapêuticas aferidas às suas necessidades, evitando compromissos designadamente no seu bem-estar e qualidade de vida (Pereira et al., 2017; Bernal et al., 2018; Silva et al., 2018). O processo de supervisão dos familiares cuidadores, em contexto domiciliário, implica obrigatoriamente o reconhecimento crucial da relevância de todos os elementos intervenientes neste processo. A relação com o familiar cuidador não pode passar, apenas e em exclusivo, por momentos de aprendizagens instrumentais para suprir necessidades da pessoa dependente. O familiar cuidador deve constituir-se como parte integrante na planificação dos cuidados, encarado como um alvo, conjuntamente prioritário, da intervenção dos Enfermeiros, avaliando as suas dificuldades, capacidades, condições facilitadoras para a implementação dos cuidados, informação que dispõe e capacidade para receber e interpretar essa mesma informação (Teixeira, 2016; Sequeira, 2018).

Shyu (2000) refere que a assunção do papel de cuidador ocorre em três momentos: compromisso/ajuste (*role engaging*), negociação (*role negotiating*) e resolução (*role settling*).

Na primeira fase, a de compromisso/ajuste, inicia-se a consciencialização do papel a desempenhar, na qual os cuidadores evidenciam necessidades de informação sobre a condição de saúde da pessoa dependente, a assistência nas atividades de vida diárias e a monitorização e gestão de sintomas (Shyu, 2000; Machado, 2013).

A segunda fase, a de negociação, emerge com a transição do hospital para o domicílio e finaliza após o estabelecimento de uma interação efetiva entre o cuidador e a pessoa cuidada (Shyu, 2000). Esta fase visa o exercício do cuidado: mestria/domínio das habilidades, a promoção do envolvimento da pessoa alvo dos cuidados em todo o processo de assistência, a gestão das emoções da pessoa cuidada e a promoção de um apoio contínuo (Shyu, 2000; Machado, 2013).

A fase de resolução surge num terceiro momento, em que o cuidador e a pessoa cuidada encontram um padrão de interação estável e equilibrado (Shyu, 2000). Neste estadio o suporte emocional dos cuidadores ocupa um lugar de realce, porque a consciencialização da mudança de papel torna-se efetiva, referindo o prestador muitas vezes, a necessidade de ser compreendido, apreciado e apoiado (Shyu, 2000; Machado, 2013).

Neste sentido, Silva e colaboradores (2018) referem que, no processo de transição para o papel de familiar cuidador, é preciso considerar três tipos de intervenções: psicoeducativas (ações educativas sobre a doença e a gestão de cuidados); aquisição de habilidades (para a resolução de problemas, gestão de stress e o estabelecimento de metas para a otimização dos cuidados); e apoio (suporte emocional).

Neste alinhamento, Slatyer e colaboradores (2019) assumem igualmente que o sucesso da transição para o papel de familiar cuidador está inerente a três componentes do cuidador: a educação, o envolvimento e o bem-estar.

Por sua vez, Sequeira (2018) defende a urgência da elaboração de programas formais alicerçados em três princípios: informação (doença, dependência, tipo de cuidados); apoio instrumental (orientar, instruir, treinar sobre a prestação de cuidados); e apoio ao cuidador informal (emocional e

psicológico). Perante estas premissas e evidências, é viável e exequível, de entre os vários modelos de supervisão clínica, identificar e efetuar uma analogia com o Modelo de Supervisão de Proctor, o “Supervision Alliance Model”, amplamente utilizado na Enfermagem (Sloan et al., 2002; Brunero et al., 2008; Turner et al., 2011).

Por forma a sistematizar o papel do Enfermeiro como supervisor clínico do familiar cuidador, inerente ao estudo de caso analisado, elencamos possíveis Intervenções de Enfermagem passíveis de serem prescritas, tendo por base as três funções da supervisão clínica, preconizadas por este modelo: formativa, normativa e de suporte (restaurativa).

No que toca à **função formativa** (Quadro 2), apresentam-se as intervenções que promovem o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, de compreensão e de habilidades, com base na reflexão e na integração de novos conhecimentos (Sloan et al., 2002; Borges, 2013), para fazer face às necessidades em cuidados de saúde. No caso clínico analisado, a equipa de Enfermagem, no seu papel de supervisão do familiar cuidador, identificou as necessidades que dizem respeito ao conhecimento e desenvolvimento de habilidades, diligenciando explicações, demonstrações e reflexões sobre a pertinência dos cuidados.

**Quadro 2 – Intervenções de Enfermagem implementadas relacionadas com a Função Formativa**

Função	Intervenções de Enfermagem implementadas
Formativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ensinar sobre:           <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ processo patológico;</li> <li>✓ gestão de complicações;</li> <li>✓ avaliação, monitorização e gestão da dor;</li> <li>✓ gestão do regime terapêutico;</li> <li>✓ uso de dispositivos/equipamentos médicos;</li> </ul> </li> <li>• ensinar/instruir sobre:           <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ assistência nos diferentes domínios do AC (tomar banho, alimentar-se, vestir-se ou despir-se, transferir-se, virar-se, eliminação intestinal, eliminação urinária);</li> <li>✓ avaliação de integridade cutânea.</li> </ul> </li> </ul>

A **função normativa** (Quadro 3) representa um conjunto de iniciativas que visa a promoção da qualidade dos cuidados e a redução dos riscos, promovendo protocolos e procedimentos, desenvolvendo deste modo *standards* (Sloan et al., 2002; Borges, 2013; Melo et al, 2014). Na situação em análise, e como forma de otimizar e potenciar a qualidade assistencial, os Enfermeiros identificaram quais os problemas de saúde e défices para os diferentes domínios de autocuidado, que podiam ser assistidos pelo familiar cuidador, e intervieram junto do mesmo, por forma a assegurar a segurança dos cuidados.

**Quadro 3 – Intervenções de Enfermagem implementadas relacionadas com a Função Normativa**

Função	Intervenções de Enfermagem implementadas
<b>Normativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• avaliar a capacidade física e cognitiva do cuidador</li> <li>• treinar sobre:           <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ avaliação, monitorização e gestão da dor;</li> <li>✓ gestão do regime terapêutico;</li> <li>✓ assistência nos diferentes domínios do AC (tomar banho, alimentar-se, vestir-se ou despir-se, transferir-se, virar-se, eliminação intestinal, eliminação urinária);</li> <li>✓ avaliação de integridade cutânea.</li> </ul> </li> </ul>

Por sua vez, a **função de suporte (restaurativa)** (Quadro 4) representa a importância de apoiar o familiar cuidador, para que este se adapte ao conjunto de adversidades e “pressões” nos diferentes contextos inerentes ao cuidar (Sloan et al., 2002; Borges, 2013). Considerando esta função, a equipa de Enfermagem envidou esforços para a gestão de emoções, assistindo na adaptação a esta nova fase, com vista à prevenção de sentimentos de culpa e de desvalorização pessoal (autoestima, autoperceção).

**Quadro 4 – Intervenções de Enfermagem implementadas relacionadas com a Função de Suporte**

Função	Intervenções de Enfermagem implementadas
<b>Suporte (Restaurativa)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• facilitar a expressão de expectativas associadas ao papel;</li> <li>• encorajar partilha de crenças;</li> <li>• ensinar o familiar cuidador sobre estratégias de <i>coping</i>;</li> <li>• encorajar a expressão das alterações na vida do familiar cuidador associadas à assunção do papel;</li> <li>• encorajar a partilha de dificuldades associadas ao papel;</li> <li>• apoiar o cuidador familiar na resolução/minimização nas dificuldades sentidas;</li> <li>• apoiar o processo de tomada de decisão;</li> <li>• promover e encorajar a partilha de pensamentos e sentimentos, para a melhor compreensão do papel de cuidador familiar;</li> <li>• encorajar a aceitação de novos desafios;</li> <li>• encorajar a identificar as suas forças (qualidades);</li> <li>• reforçar as forças (qualidades) pessoais identificadas;</li> <li>• identificar progressos;</li> <li>• assistir a identificar as respostas positivas;</li> <li>• explorar sucessos prévios;</li> <li>• promover o sono do familiar cuidador;</li> <li>• promover estratégias de Autocuidado do familiar cuidador;</li> <li>• avaliar necessidade de suporte profissional, social, familiar;</li> <li>• avaliar e identificar fatores que interfiram com a sobrecarga física, emocional e social do cuidador;</li> <li>• promover suporte emocional e psicossocial;</li> <li>• valorizar o desempenho do cuidador;</li> <li>• reforçar capacidades;</li> <li>• orientar para terapia de grupo;</li> <li>• reforçar a autonomia.</li> </ul>

Os familiares cuidadores são consistentes na valorização e verbalização da utilidade do apoio profissional em contexto domiciliário, sendo perentórios no reconhecimento da importância de um apoio efetivo de “alguém que faça companhia e cuide da pessoa doente”, possibilitando à maioria dos

familiares cuidadores, o sentimento de segurança para sair de casa, diminuindo o isolamento e permitindo a socialização (Melo et al, 2014; Teixeira, 2015; Hashemi et al, 2018).

A percepção de sentimentos de despersonalização, desrealização, *burnout* e mesmo sofrimento ético são muito frequentes nos familiares cuidadores, pelo que o desenvolvimento de programas de intervenção para este grupo-alvo de pessoas, pode incontornavelmente acrescentar valor às terapêuticas de Enfermagem, centradas nas respostas humanas às transições.

Programas baseados nas funções formativa, normativa e de suporte (restaurativa), aliados ao processo supervisivo dos cuidadores, poderiam efetivamente ter um papel preponderante na qualidade de vida e bem-estar, assim como na continuidade efetiva dos cuidados, assumindo um posicionamento decisivo na pretensão de prevenir e ou reduzir a sobrecarga percecionada pelos familiares cuidadores, e simultaneamente, num maior controlo dos impactos negativos (Borges, 2013). Estes programas devem focar áreas como a aceitação e compreensão da doença, a possibilidade de expressão de sentimentos, a adequação de estratégias para lidar com a situação e ainda na clarificação sobre recursos disponíveis, exponenciando e sistematizando a ajuda profissional dos Enfermeiros para uma “Enfermagem mais significativa para as pessoas” (Silva, 2007; Melo et al., 2014; Silva et al., 2018).

Torna-se, portanto, inadiável, a valorização e dignificação dos familiares cuidadores, descentrando a atenção no “doente-pessoa dependente”, num regime de quase exclusividade, o que nos conduz à pertinência de cuidar de quem cuida, premissa essencial na segurança, qualidade e continuidade dos cuidados (Pereira et al., 2017).

## **CONCLUSÕES**

A supervisão foi outrora percecionada como um processo de escrutínio, domínio e fiscalização. Porém, esta perspetiva tem vindo a diluir-se e a dar lugar a uma visão de mutualidade entre todos os intervenientes neste processo (Fonseca, 2006).

Face a este desenvolvimento conceitual, a SC deixa a ideologia de um ato de coordenação ou inspeção, e expõe-se como um processo que premeia o desenvolvimento e crescimento dos profissionais, através de uma perspetiva facilitadora de orientação, reflexão e aconselhamento (Abreu, 2007; Borges, 2013; Rocha, 2014; Nowell et al., 2017; Spínola et al., 2018).

Atendendo a Abreu (2007) e Borges (2013), a supervisão clínica constitui-se como uma estratégia de suporte para as organizações de saúde, dinâmicas de formação, funcionamento das equipas, maturação e desenvolvimento profissional e pessoal, existindo divergentes conceitos e modelos.

As diversas perspetivas elencadas transmitem a preocupação constante com a responsabilidade profissional e a proteção dos utentes e dos próprios profissionais, o que potencia a segurança da prática clínica e estimula a reflexão sobre a mesma, devendo ser analisada como um incentivo para a autoavaliação e desenvolvimento das capacidades analíticas e reflexivas (Teixeira, 2016).

A relação profissional, entre supervisor e supervisado, deverá permitir aos profissionais constituir, manter e aperfeiçoar padrões e impulsionar a inovação na prática clínica, através de uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido (Fernandes et al., 2012; Borges, 2013; Nowell et al., 2017).

A relação supervisiva e a dinâmica criada no seio da diáde supervisor-supervisado assume-se como a chave para o êxito do processo supervisivo, sendo de realçar que “na atitude supervisiva, está implícito um olhar atento e abrangente” (Monteiro, 2014, p.10). O supervisor deve ser capaz de atender ao discurso, ao contexto e ao supervisado, constituindo-se como sua função “orientar a pessoa menos

experiente no seu processo de aprendizagem, criando espaços e tempos para a inovação, criatividade, aprendizagem, trabalho, reflexão e a capacidade de decisão” (Monteiro 2014, p.10).

Importa ainda realçar e numa perspetiva de acrescentar valor, que o sucesso de qualquer atividade está inerente à capacidade do indivíduo em se ajustar e adaptar emocionalmente às situações, pelo que a inteligência emocional é indubitavelmente um fator protetor e potenciador da competência. O Modelo de Proctor, e mais concretamente a função de suporte (restaurativa), emerge neste sentido, numa tentativa de aproximação à *práxis*, como crucial no processo supervisivo dos familiares cuidadores, por forma a delinear estratégias que otimizem uma transição fluída e efetiva.

Para o familiar cuidador, e à luz do modelo de Proctor, a função formativa patenteia “compreender, identificar oportunidades para a ação e apropriar-se de informação que permita “descodificar” as situações. A vertente normativa refere-se ao “fazer corretamente”, ser eficaz na ação, saber pedir ajuda e cumprir as indicações terapêuticas. A vertente restaurativa ou de suporte possibilita acompanhar o mesmo, as suas reações, a gestão emocional, o despiste de sintomatologia de natureza psicológica e a sobrecarga. A integração das três vertentes possibilita assim, a capacitação do familiar cuidador para o processo de cuidar” (Teixeira, 2016, p.285).

Perante o plasmado, é de referir que este estudo tentou descontinar a pertinência do familiar cuidador como resposta basilar às necessidades da pessoa dependente, e o contributo da SCE, como facilitadora da transição para a assunção do papel de cuidador, no seio da família. De salvaguardar, contudo, que, a prestação de cuidados pelos Enfermeiros tendo como alvo dos cuidados, a diáde pessoa dependente-familiar cuidador, resulta claramente em ganhos em qualidade de vida e bem-estar, para ambos.

A escassez de estudos de investigação acerca do contributo da supervisão clínica dos Enfermeiros, enquanto facilitadora do processo de transição do familiar cuidador para a assunção do papel, foi manifestamente uma das dificuldades encontradas na procura da melhor evidência disponível.

Proctor (2001) defende a importância de os profissionais desenvolverem programas de supervisão direcionados para o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades ajustados ao contexto, pelo que consideramos que trabalhos de investigação futuros sobre esta problemática, podem resultar claramente numa possibilidade para os Enfermeiros ampliarem o seu *core* de conhecimentos disciplinares. Ainda neste âmbito, existe a possibilidade de patentearem de forma objetiva o reportório de intervenções a implementar junto dos familiares cuidadores, o que se concretizará em ganhos expressivos em saúde, sensíveis aos cuidados de Enfermagem. Simultaneamente, consideramos valioso o desenvolvimento de programas de intervenção, no sentido de promoverem a continuidade de cuidados e facilitar o processo de transição, da diáde – pessoa/familiar cuidador.

Em suma, a promoção de cuidados de Enfermagem com esta missão e direccionalidade, consubstanciam um desafio emergente para os Enfermeiros, com grande impacto em termos sociais. Num sentido muito efetivo, os Enfermeiros confrontam-se com uma oportunidade única e singular de se constituírem como uma ajuda significativa e real ao familiar cuidador, na assunção do papel para tomar conta de uma pessoa dependente, que se encontra num processo de reconstrução da autonomia, após um evento gerador de dependência, dando visibilidade ao sentido inevitável da mudança.

## AGRADECIMENTOS

Os autores manifestam publicamente o seu agradecimento, a todos aqueles que cuidam ou que em algum momento cuidaram de alguém, e que se mantêm vinculados a esse processo, apesar das inúmeras dificuldades e constrangimentos, que surgem ao longo dessa jornada.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver quaisquer conflitos de interesse para realização da publicação, bem como qualquer apoio financeiro, associados ao resultado do estudo.

## REFERÊNCIAS

- Abd-Elrhaman, E. S., & Ghoneimy, A. G. (2018). Supervision in Nursing Practice: The Pathway to Career Adaptability. *International Journal of Innovative Research & Development*, 7(10), pp. 133-143.
- Abreu, W. C. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico - Fundamentos, teorias e considerações didácticas*. Formasau.
- Abreu, W. C. (2016). Cuidados Paliativos para utentes com demência avançada: reflexões sobre a sua implementação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16, 6-10. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0151>
- Alloatti, M. (2011). A estratégia de estudos de caso e a prática da generalização: uma discussão sobre pesquisa e fazer ciência. *Em Tese - Revista Eletrónica dos Pós Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 8(11), 78-90. Obtido de <http://dx.doi.org/10.5007/1806-5023.2011v8n1p78>
- André, M. (2014). O que é um estudo de caso qualitativo em educação? *Revista da FAEBA – Educação e Contemporaneidade*, 22(40), 95-103.
- Bernal, N. H., Becerra, J. B., & Mojica, C. M. (2018). Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario. *Revista Cuidarte*, 9(1), 2045-2058.
- Borges, P. C. (2013). *Implementação de um modelo de supervisão clínica em Enfermagem: perspetiva dos supervisores*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Brunero, S., & Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: An evidence-based literature review. *Australian journal of advanced nursing*, 25(2), 86-94.
- Campos, M. J. (2008). *Integração na família de uma pessoa dependente no autocuidado - Impacte da ação do enfermeiro no processo de transição*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Carvalho, M. (2009). Doença vascular cerebral. Em M. J. Sá, *Neurologia clínica: Compreender as doenças neurológicas* (pp. 167-209). Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Delgado, P. (Janeiro-Junho de 2019). O estudo de caso na investigação qualitativa: do desenho à aplicação. *InterAção*, 10, 81-90.
- DGS, D. G. (2010). *Acidente Vascular Cerebral: Itinerários clínicos*. Lidel.
- Dillon, M. (2019). Improving Clinical Education Models through Shared Perspectives. *eHearsay*, 9(1), 96-99. Obtido em Janeiro de 2020, de <https://uploads.ohioslha.org/uploads/2019/02/18042245/eHClinicalSupervision19.pdf>
- DRISCOLL, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients and their carers perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1165-1173.
- Elie, M., & Phoenix, T. (2019). Implications of Generational Differences on Clinical Supervision: Supervising Millennials. *eHearsay*, 9(1), 14-19. Obtido em Janeiro de 2020, de <https://uploads.ohioslha.org/uploads/2019/02/18042245/eHClinicalSupervision19.pdf>
- Fernandes, C., Santos, B., Torres, R., & Lobo, V. (2012). Refletindo sobre a qualidade da supervisão no ensino clínico de enfermagem em saúde mental: perspetiva dos supervisados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 25-32.

- Flores, J. I., Garcia, M. J., Ménde, A. E., Léon, P. C., Vazquez, V. M., & Megías, M. E. (2019). Indagación biográfica y construcción de narrativas transformadoras. Em C. Brandão, J. L. Carvalho, R. Arellano, C. Baixinho, & J. Ribeiro, *A prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos* (1<sup>a</sup> ed., Vol. 3). Ludomedia. [https://www.ludomedia.pt/uploads/product\\_files/430.pdf](https://www.ludomedia.pt/uploads/product_files/430.pdf)
- Fonseca, M. (2006). *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: perspetiva do docente*. Formasau.
- Fonseca, M. J., Soares, S., Gomes, J., & Marques, A. (2016). o processo de supervisão em ensino clínico. Perspectiva dos estudantes e enfermeiros. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 18(2), 77-88. <http://www.index-f.com/invenf/18/182077r.php>
- Hashemi, M., Irajpour, A., & Taleghani, F. (2018). Caregivers needing care: the unmet needs of the family caregivers of end-of-life cancer patients. *Support Care Cancer*(26), 759-766.
- ICN, I. C. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch>
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Formasau.
- Kalnins, I. (2006). Caring for the terminally ill: experiences of Latvian family caregivers. *International Nursing Review*, 53, 129-135.
- Kleineibst, L. J. (2007). *The effectiveness of a caregiver support programme to address the needs of primary caregivers of stroke patients in a low socio-economic community*. Universidade de Stellenbosch.
- Lin, C.-J., Cheng, S.-J., Shih, S.-C. S., Chu, C.-H., & Tjung, J.-J. (2012). Discharge Planning. *International Journal of Gerontology*, 6, pp. 237-240.
- Lynch, L., Happel, B., & Sharrock, J. (2008). Clinical Supervision: An Exploration of its Origins and Definitions. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 13(2), 1-19.
- Machado, P. (2013). *Papel do Prestador de Cuidados - Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado*. Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem estar dos doentes e familiares cuidadores*. Formasau.
- Melo, R. M., Rua, M. d., & Santos, C. S. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(2), 143-151.
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2018). Conceção e Implementação de um Programa de Intervenção de Enfermagem para Capacitação de Cuidadores Familiares. 4.<sup>º</sup> Congresso Internacional de Saúde do IPLeiria. [https://www.researchgate.net/publication/325170707\\_Concecao\\_e\\_Implementacao\\_de\\_um\\_Programa\\_de\\_Intervencao\\_de\\_Enfermagem\\_para\\_Capacitacao\\_de\\_Cuidadores\\_Familiares](https://www.researchgate.net/publication/325170707_Concecao_e_Implementacao_de_um_Programa_de_Intervencao_de_Enfermagem_para_Capacitacao_de_Cuidadores_Familiares)
- Merrel, J., Kinsella, F., Murphy, F., Philin, S., & Ali, A. (2005). Support needs of carers of dependent adults from a Banglasehi community. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 549-557.
- Mitchell, S., Laurens, V., Weigel, G., Hirschman, K., Scott, A., Nguyen, H., . . . BW, J. (2018). Care Transitions From Patient and Caregiver Perspectives. *Annals of Family Medicine*, 16(3), 226-231.
- Monteiro, E. S. (2014). *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem: Impacto na Organização*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Nowell, L., White, D. E., Benzies, K., & Rosenau, P. (2017). Exploring mentorship programs and components in nursing academia: A qualitative study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(9), 42-53.
- Pereira, S., & Duque, E. (2017). Cuidar de Idosos Dependentes – A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares. *Revista Kairós - Gerontologia*, 20(1), 187-202. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p187-202>
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Formasau.
- Pires, R. M. (2009). Supervisão Clínica Em Enfermagem: A Componente Formativa. *Referência: suplemento actas de congresso, XXVI*, 63.
- Pires, R. M., Vilela, C., & Silva, R. (2011). Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(32), 113-122.
- Porta, L., & Flores, G. (Janeiro-Junho de 2017). Investigación narrativa en educación: la expansión del valor biográfico. *Revista del IIICE*, 41, 35-46.
- Proctor, B. (2001). Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. Em J. Cutcliffe, T. Butterworth, & B. Proctor, *Fundamental themes in clinical supervision* (pp. 25-46). Londres: Routledge.

- Ricarte, L. F. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho da Ribeira Grande*. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Rocha, A. C. (2014). *Supervisão Clínica em Enfermagem para a Segurança e Qualidade dos Cuidados: Perspetiva dos Supervisionados*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ryerson, S. D. (2010). Hemiplegia. Em D. A. Umphred, *Reabilitação Neurológica* (5ª ed., pp. 769-811). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Scaife, J. (2019). *Supervision in Clinical Practice: A Practitioner's Guide*. Routledge.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª ed.). Lidel.
- Shyu, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619-625.
- Shyu, Y., Chen, M., Chen, S., Wang, H., & Shao, J. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2497-2508.
- Silva, A. (Janeiro-Abril de 2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.
- Silva, J. K., Anjos, K. F., Santos, V. C., Boery, R. N., Rosa, D. d., & Boery, E. N. (2018). Intervenções para cuidadores de sobreviventes de acidente vascular cerebral: revisão sistemática. *Revista Panam Salud Pública*, 42, 1-9.
- Simon-Cereijido, G., Ellis, E., & Kubalanza, M. (2019). An Early Intervention Classroom-Based Practicum Experience: Student Clinician Education in Culturally & Linguistically Diverse Naturalistic Environments. *eHearsay*, 9(1), 54-61.
- Slatyer, S., Aoun, S. M., Hill, K. D., Walsh, D., Whitty, D., & Toye, C. (2019). Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: a qualitative analysis. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4042-0>
- Sloan, G., & Watson, H. (2002). Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations. *Nursing standard*, 17(4), 41-46.
- Spínola, A., Paz, A. E., & Coelho, T. (2018). Supervisão clínica em enfermagem: uma estratégia de formação. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, VI(2), 95-101.
- Teixeira, M. J. (2015). Impacto dos programas educacionais nos membros da família prestadores de cuidados de pessoas em fase terminal - Revisão integrativa. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 2-18.
- Teixeira, M. J. (2016). *Prestadores de cuidados familiares de pessoas em fase final de vida no domicílio: contributos para um modelo de supervisão*. Universidade de Aveiro.
- Teixeira, M. J., Abreu, W. J., & Costa, N. M. (2016). Prestadores de Cuidados Familiares a Pessoas Terminais no Domicílio: Contributos para um Modelo de Supervisão. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(8), 65-74.
- Turner, J., & Hill, A. (2011). Implementing clinical supervision (part 1): a review of the literature. *Mental Health Nursing. Mental Health Nursing*, 31(3), 8-12.
- Vega, A. M., Rodríguez, D. S., García, J. M., & Arellano, L. E. (Julho de 2019). Experiencias com uso del método de estudio de caso en la investigacion de organizaciones. *A prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos*, 3,w 147-164.
- Zanni, P. P., Moraes, G. H., & Mariotto, F. L. (2011). Para que servem os Estudos de Caso Único? *XXXV Encontro da ANPAD*, 1-16.