



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS RELACIONAIS DE AJUDA:  
O CONTRIBUTO DOS DIRIGENTES

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem  
Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem

Por

Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Setembro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS RELACIONAIS DE AJUDA:  
O CONTRIBUTO DOS DIRIGENTES

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem  
Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem

Por Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo

Sob orientação da Professora Doutora Maria Júlia Paes Silva e  
do Professor Doutor Pedro Miguel Dinis Parreira

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Setembro de 2011

*À memória do meu pai e à minha mãe pelo exemplo de Vida.  
Ao Aires pela cumplicidade, incentivo e apoio incondicional.  
Ao André e à Andreia pelo tempo que ficaram privados da minha atenção e carinho,  
pela compreensão e apoio dispensados nos momentos mais difíceis deste percurso.  
Obrigada por fazerem de mim uma mãe feliz.  
À minha irmã, irmãos e restante família pelo suporte afectivo.*

## **Agradecimentos**

Ao iniciar a apresentação deste trabalho, não poderia deixar de dedicar algumas palavras de apreço e profunda gratidão a todos aqueles com quem, de várias formas, tive o privilégio de me relacionar ao longo da sua realização e receber da sua parte as manifestações de apoio e incentivo indispensáveis à sua concretização.

Em especial:

Aos meus professores orientadores, Professora Doutora Maria Júlia Paes Silva e Professor Doutor Pedro Miguel Dinis Parreira, pelo apoio e disponibilidade demonstrados, pelos esclarecimentos e pertinência das suas reflexões.

Aos Professores e colegas do IIIº Curso de Doutoramento em Enfermagem pela oportunidade de desenvolvimento pessoal que me proporcionaram.

À Direcção da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra pelo apoio concedido na frequência do Curso de Doutoramento e na realização deste trabalho.

Ao Centro de Documentação e Informação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra pela colaboração e apoio prestado na pesquisa bibliográfica.

À Professora Ana Albuquerque Queirós, pelas reflexões, sugestões e disponibilização de material relevante que de forma amigável me proporcionou.

Aos Professores Paulo Queirós, João Franco, Ana Paula Camarneiro e Cidalina Abreu por terem participado no painel de peritos no processo de tradução do *Kolb Learning Style Inventory* (KLSI).

Ao Dr João Oliveira pela colaboração prestada na leitura óptica dos questionários.

Aos Professores, João Graveto e Margarida Alexandra pelas reflexões e sugestões para a melhoria do trabalho na abordagem qualitativa.

À senhora enfermeira chefe, do serviço onde foi realizado o estudo de caso, pela autorização e colaboração na recolha de informação, tornando possível a realização deste trabalho.

Aos enfermeiros que colaboraram e participaram na colheita da informação, pela forma aberta como aceitaram partilhar comigo as suas percepções/opiniões sobre a enfermagem.

À Lena pela amizade, cumplicidade e encorajamento constante.

## Resumo

A presente investigação, realizada em contexto hospitalar, teve como principal objectivo compreender o contributo dos dirigentes no desenvolvimento de competências relacionais de ajuda nos enfermeiros, tendo decorrido em duas fases. Na primeira, foi efectuado um estudo quantitativo, descritivo e transversal com uma amostra constituída por 690 enfermeiros, tendo sido realizado o estudo psicométrico dos instrumentos utilizados na investigação (Inventário de Competências Relacionais de Ajuda, *Kolb Learning Style Inventory* e Escala de Liderança, identificado o nível de competências relacionais de ajuda e analisadas as variáveis que as influenciam. Na segunda fase, foi realizado um estudo de caso que pretendeu compreender o contributo das estratégias de gestão no desenvolvimento das competências relacionais de ajuda, o desempenho dos papéis de liderança e o modo preferencial de aprendizagem, tendo sido realizado na unidade que apresentou o nível de competências mais elevado.

O estudo de adaptação e validação dos instrumentos evidenciou propriedades psicométricas adequadas sendo considerados instrumentos válidos para a prossecução do estudo.

Os resultados indicam uma percepção elevada nas competências relacionais de ajuda verificando-se um maior nível nas competências genéricas e menor nas competências de contacto. O estudo de caso evidenciou valores mais elevados nas competências de contacto, apontando para uma predominância das competências ligadas ao toque terapêutico e às distâncias estabelecidas com o utente.

Os resultados apontam para a percepção de uma liderança eficaz, dado haver reconhecimento por parte dos enfermeiros no desempenho de todos os papéis de liderança, verificando-se, no entanto, uma configuração deslocada para o foco do controlo. Os papéis de liderança (monitor e facilitador) através da aprendizagem concreta evidenciaram ter um impacto positivo no desenvolvimento das competências relacionais de ajuda. Estes resultados parecem indicar que os líderes devem centrar-se nas pessoas, mas ao mesmo tempo, devem monitorizar os processos.

As estratégias de gestão que emergiram como sendo promotoras do desenvolvimento destas competências foram: desempenho da liderança centrada nas pessoas, onde o trabalho em equipa e a gestão de conflitos se assumem como aspectos centrais; direcção e fomento de um trabalho produtivo evidenciando-se a liderança pelo exemplo; monitorização e controlo dos processos, sendo enfatizada a acreditação hospitalar; inovação e gestão da mudança, através da

implementação de novos projectos; processo de integração dos enfermeiros norteada por uma avaliação contínua do desempenho dos enfermeiros e na aprendizagem experiencial; metodologia de organização dos cuidados centrada no doente; e criação de condições de trabalho, tanto físicas como em recursos humanos.

A implementação destas estratégias de gestão requer líderes que sejam capazes de inspirar os outros, de liderar pelo exemplo, de implementar a mudança e de criar condições facilitadoras do desenvolvimento das equipas.

Releva-se a importância da liderança em enfermagem e a necessidade de garantir que todos os dirigentes são devidamente preparados e formados para essa função, no sentido da utilização das melhores e mais adequadas estratégias de gestão, contribuindo para o desenvolvimento das competências relacionais nos enfermeiros garantindo aos cidadãos cuidados com qualidade.

**Palavras-chave:** Dirigente, liderança, estratégias de gestão, competências relacionais de ajuda, modos de aprendizagem, enfermagem.

## **Abstract**

This research, carried out in hospital context, had as main objective to understand the contribution of the leaders to the development of help relational skills in nurses, having taken place in two phases. In the first phase it was led a quantitative, descriptive and cross-sectional study, comprising a sample of 690 nurses, being carried out the psychometric study of the instruments used in the research (Help Relational Skills Inventory, Kolb Learning Style Inventory and Leadership Scale and being identified the help relational skills level and analyzed the variables that influence them. In the second phase, we conducted a case study that sought to understand the contribution of management strategies in the development of help relational skills, the performance of leadership roles and the preferred learning mode having been carried out on the unit that presented the highest skills level.

The instruments adaptation and validation study revealed adequate psychometric properties being considered as valid instruments for the quantitative study pursuance.

The results predict a high level of help relational skills verifying a higher level in generic skills and lower in contact skills. The case study showed higher values regarding contact skills pointing to a predominance of skills related to therapeutic touch and distances established with the patient.

The learning mode most expressed was the 'active experimentation' and the least expressed was the 'concrete learning', while in the case study the highest values were in the 'concrete learning' and the lowest in the 'abstract conceptualization' meaning that nurses learn better in active learning situations, engaging in projects or small discussion groups than in passive situations.

The results point at the perception of an effective leadership, as there is the nurse's recognition on the performance of all leadership roles, arising, however, a configuration shifted to the focus of control. Leadership roles (monitor and facilitator) through concrete learning have showed to have a positive impact on the development of help relational skills. These results seem to suggest that leaders should focus on people, but at the same time should monitor the processes.

Management strategies that emerged as being promoters of the development of these skills were: people-centred leadership performance, were team work and conflict management are assumed as central aspects; direction and fostering of a productive work evidencing leadership by example; processes monitoring and control, being emphasized the hospital accreditation; innovation and change management through the implementation of new projects; integration of

nurses guided by a continuous evaluation of the performance of nurses and in experiential learning; patient-centred care organization methodology; and creation of working conditions in both physical and human resources.

The implementation of such management strategies requires leaders able to inspire others, to lead by example, to implement change and create conditions that facilitate the teams' development.

We highlight the importance of leadership in nursing and the need to ensure that all leaders are properly prepared and trained for this role, towards the use of the best and most appropriate management strategies contributing to the development of relational skills in nurses ensuring care quality to citizens.

**Keywords:** Leader, leadership, management strategies, learning mode, help relational skills, nursing.

## **SIGLAS**

APEGL – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

CA – Conceptualização Abstracta

CA-EC – Diferença dos *scores* entre Conceptualização Abstracta e Experiência Concreta

EA – Experiência Concreta

EA – Experimentação Activa

EA-OR – Diferença dos *scores* entre Experimentação Activa e Observação Reflexiva

FNQ – Fundação Nacional da Qualidade

ICN – *International Council of Nurses*

ICRA – Inventário de Competências Relacionais de Ajuda

IPO – Instituto Português de Oncologia

IPOCFG, EPE – Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial

KLSI – *Kolb Learning Style Inventory*

NGP – Nova Gestão Pública

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

OR – Observação Reflexão

PPCT – Pessoa, Processo, Contexto e Tempo

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

TAE – Teoria de Aprendizagem Experiencial

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema da relação de ajuda eficaz .....	27
Figura 3 – Processo cíclico de aprendizagem .....	43
Figura 4 – Processo de aprendizagem pela experiência .....	45
Figura 5 – Modelo de Bronfenbrenner .....	48
Figura 6 – Modelo dos Valores Contratantes de Quinn: divisão dos papéis nos quatro modelos .....	60
Figura 7 – Líderes com perfil ineficaz de liderança .....	63
Figura 8 – Gestão no contexto hospitalar .....	64
Figura 9 – Influência no desempenho pessoal.....	74
Figura 10 – Modelo de regressão múltipla dos factores preditores das competências relacionais de ajuda.....	122
Figura 11 – Diagrama de investigação .....	140
Figura 12 – Recolha de informação – aplicação de questionário .....	142
Figura 13 – Recolha de informação – entrevistas semi-estruturadas.....	145

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Base conceptual do Inventário de Competências Relacionais de Ajuda.....	38
Quadro 2 – Características dos quatro modelos de liderança de Quinn .....	59
Quadro 3 – Funções de gestão do Enfermeiro Chefe ao nível dos recursos humanos .....	68
Quadro 4 – Dados relativos ao conceito de “Ser enfermeiro” .....	162
Quadro 5 – Dados relativos à importância atribuída às competências relacionais.....	171
Quadro 6 – Dados relativos aos contributos para o desenvolvimento das competências relacionais.....	176
Quadro 7 – Dados relativos às estratégias de gestão promotoras do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda .....	183

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de centros de saúde, hospitais/centros hospitalares e unidades de saúde participantes neste estudo, por zona. ....	84
Tabela 2 – Distribuição dos elementos da amostra segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais .....	85
Tabela 3 – Teste de esfericidade de Bartlett e medidas de adequação da amostra .....	88
Tabela 4 – Dimensionalidade do ICRA – Versão inicial .....	90
Tabela 5 – Dimensionalidade do ICRA – Versão final.....	91
Tabela 6 – Factores, itens, <i>Eigenvalue</i> , variância explicada após rotação forçada e <i>Alpha de Cronbach</i> por factor – Versão final.....	92
Tabela 7 – Estatísticas referentes ao método das metades – <i>Split-half</i> .....	92
Tabela 8 – Correlações bicaudais <i>r</i> de Pearson inter-itens e itens/factor Competências Empáticas.....	93

Tabela 9 – Correlações bicaudais $r$ de Pearson inter-itens e itens/factor Competências Genéricas ....	93
Tabela 10 – Correlações bicaudais $r$ de Pearson inter-itens e itens/factor Competências de Contacto	93
Tabela 11 – Correlações bicaudais $r$ de Pearson inter-itens e itens/factor Competências de Comunicação.....	94
Tabela 12 – Correlações bicaudais $r$ de Pearson item/factores do ICRA – Versão final .....	95
Tabela 13 – Correlação de Pearson entre os diversos factores do ICRA - Versão final .....	96
Tabela 14 – Valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão dos itens da escala de liderança relativamente ao que “É característico” e ao que “Devia ser característico” .....	98
Tabela 15 – Estatísticas referentes ao método das metades – <i>Split-half</i> .....	98
Tabela 16 – Análise factorial por dimensão, saturação no factor, comunalidade, <i>eigenvalues</i> , KMO, % da variância acumulada e o Alpha .....	99
Tabela 17 – Correlações bicaudais $r$ de Pearson inter-itens e itens/factor <i>Broker</i> .....	100
Tabela 18 – Correlações bicaudais $r$ de Pearson inter-itens e itens/factor Coordenador .....	100
Tabela 19 – Correlações bicaudais $r$ de Pearson inter-itens e itens/factor Director .....	100
Tabela 20 – Correlações bicaudais $r$ de Pearson inter-itens e itens/factor Facilitador .....	101
Tabela 21 – Correlações bicaudais $r$ de Pearson inter-itens e itens/factor Mentor .....	101
Tabela 22 – Correlações bicaudais $r$ de Pearson inter-itens e itens/factor Monitor .....	101
Tabela 23 – Correlações bicaudais $r$ de Pearson inter-itens e itens/factor Produtor.....	101
Tabela 24 – Correlações bicaudais $r$ de Pearson inter-itens e itens/factor Inovador.....	101
Tabela 25 – Correlações bicaudais $r$ de Pearson item/factores da escala de Liderança .....	102
Tabela 26 – Itens e <i>Alpha de Cronbach</i> de cada dimensão da escala de Liderança .....	103
Tabela 27 – Correlações entre dimensões (papeis de liderança) da escala de Liderança .....	103
Tabela 28 – Valores mínimos, máximos, média e desvio padrão nas dimensões dos papéis de liderança.....	104
Tabela 29 – Valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão dos itens do Inventário de Estilos de Aprendizagem .....	106
Tabela 30 – Itens e <i>Alpha de Cronbach</i> de cada dimensão do Inventário de Estilos de Aprendizagem	107
Tabela 31 – Valores mínimos, máximos, média e desvio padrão nas dimensões/modos de aprendizagem, CA-EC e EA-OR.....	108
Tabela 32 – Mínimo, máximo, média, desvio padrão e mediana da escala Total do ICRA e nas dimensões .....	109
Tabela 33 – Teste $t$ para amostras independentes entre as competências relacionais de ajuda e o sexo .....	110
Tabela 34 – Correlação de Pearson entre a idade e as competências relacionais de ajuda.....	110
Tabela 35 – Análise da variância (ANOVA) entre as competências relacionais de ajuda e a categoria profissional.....	111
Tabela 36 – Correlação de Pearson entre os anos de profissão e o tempo no actual serviço e as dimensões das competências relacionais de ajuda. ....	111

Tabela 37 – Mínimo, máximo, média e desvio padrão da percepção dos papéis de liderança desempenhados pelos enfermeiros gestores .....	112
Tabela 38 – Teste t para amostras independentes: desempenho dos papéis de liderança por sexo.	113
Tabela 39 – Correlação de Pearson entre a idade e o desempenho dos papéis de liderança .....	114
Tabela 40 – Heteropercepção do desempenho dos papéis de liderança por categoria profissional: análise da variância (ANOVA).....	114
Tabela 41 – Correlação de Pearson entre os anos de profissão, o tempo no actual serviço e o desempenho dos papéis de liderança.....	115
Tabela 42 – Correlação de Pearson entre o desempenho dos papéis de liderança e as dimensões das competências relacionais de ajuda .....	116
Tabela 43 – Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos modos de aprendizagem.....	116
Tabela 44 – Teste t para amostras independentes dos modos de aprendizagem por sexo.....	117
Tabela 45 – Correlação de Pearson entre os anos de profissão, o tempo no actual serviço e o desempenho dos papéis de liderança.....	118
Tabela 46 – Heteropercepção dos modos de aprendizagem por categoria profissional: análise da variância (ANOVA).....	118
Tabela 47 – Heteropercepção dos modos de aprendizagem por local de trabalho: análise da variância (ANOVA) .....	119
Tabela 48 – Correlação de Pearson dos modos de aprendizagem e as dimensões das competências relacionais de ajuda .....	119
Tabela 49 – Dados de regressão múltipla entre as variáveis identificadas como preditoras do desenvolvimento de competências contacto .....	120
Tabela 50 – Dados de regressão múltipla entre as variáveis identificadas como preditoras do desenvolvimento de competências comunicação .....	121
Tabela 51 – Dados de regressão múltipla entre as variáveis identificadas como preditoras do desenvolvimento de competências empáticas.....	121
Tabela 52 – Dados de regressão múltipla entre as variáveis identificadas como preditoras do desenvolvimento de competências genéricas .....	122
Tabela 53 – Média e desvio padrão do nível das competências relacionais de ajuda nas unidades de saúde .....	123
Tabela 54 – Distribuição dos enfermeiros, pertencentes ao serviço seleccionado, segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais .....	153
Tabela 55 – Mínimo, máximo, média, desvio padrão da escala Total do ICRA e nas dimensões nos estudos realizados com 17 e com 690 enfermeiros .....	157
Tabela 56 – Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos modos de aprendizagem nos estudos realizados com 17 e 690 enfermeiros .....	158
Tabela 57 – Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos papéis de liderança nos estudos realizados com 17 e 690 enfermeiros .....	159
Tabela 58 – Distribuição dos entrevistados segundo a categoria profissional, sexo, idade, anos de profissão e tempo no actual serviço .....	161

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	18
<b>CAPÍTULO 1 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS RELACIONAIS DE AJUDA</b> .....	19
1.1 – A RELAÇÃO DE AJUDA NO CUIDAR EM ENFERMAGEM .....	19
1.1.1 – <i>Relação de Ajuda: conceptualização</i> .....	20
1.1.2 – <i>Habilidades / Atitudes inerentes à relação de ajuda</i> .....	22
1.1.3 – <i>Enquadramento legal e ético da relação de ajuda na enfermagem</i> .....	31
1.2 – COMPETÊNCIAS RELACIONAIS DE AJUDA: OS ENFERMEIROS E OS CONTEXTOS .....	34
1.2.1 – <i>Competências: Conceptualização</i> .....	36
1.2.2 – <i>Competências Relacionais de Ajuda</i> .....	37
1.2.3 – <i>Desenvolvimento de competências relacionais nos enfermeiros</i> .....	39
<b>CAPÍTULO 2 – A LIDERANÇA E A GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE</b> .....	57
2.1 – COMPLEXIDADE DA LIDERANÇA .....	57
2.1.1 – <i>O modelo dos Valores Contratantes de Quinn</i> .....	58
2.1.2 – <i>Papéis de liderança</i> .....	61
2.2 – GESTÃO E A LIDERANÇA DE ENFERMAGEM NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE .....	64
2.2.1 – <i>O papel do enfermeiro gestor nas unidades de saúde</i> .....	66
2.2.2 – <i>Estratégias adoptadas pelos dirigentes para o desenvolvimento de competências</i> .....	72
<b>PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b> .....	79
<b>CAPÍTULO 3 – LIDERANÇA, MODOS DE APRENDIZAGEM E COMPETÊNCIAS RELACIONAIS DE AJUDA</b> .....	81
3.1 – METODOLOGIA .....	81
3.1.1 – <i>Tipo de estudo, objectivos e questões de investigação</i> .....	81
3.1.2 – <i>Características dos respondentes</i> .....	83
3.1.3 – <i>Procedimentos/ implicações éticas</i> .....	85
3.1.4 – <i>Instrumentos utilizados</i> .....	86
3.2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	87
3.2.1 – <i>Características psicométricas dos instrumentos</i> .....	88
3.2.1.1 – <i>Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA)</i> .....	88
3.2.1.2 – <i>Escala de Liderança de Quinn</i> .....	96
3.2.1.3 – <i>Inventário de Estilos de Aprendizagem</i> .....	104
3.2.2 – <i>Competências Relacionais de Ajuda</i> .....	109
3.2.3 – <i>Desempenho dos papéis de liderança</i> .....	112
3.2.4 – <i>Modos de aprendizagem</i> .....	116
3.2.5 – <i>Preditores do desenvolvimento de Competências Relacionais de Ajuda</i> .....	119
3.3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	124

<b>CAPÍTULO 4 – ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>138</b>
4.1 – METODOLOGIA.....	138
4.1.1 – <i>Tipo de estudo, objectivos e questões de investigação</i> .....	138
4.1.2 – <i>Participantes e estratégias de recolha de informação</i> .....	141
4.1.2.1 – Questionário .....	141
4.1.2.2 – Análise documental .....	143
4.1.2.3 – Observação participante .....	143
4.1.2.4 – Entrevista semi-estruturada .....	144
4.1.3 – <i>Procedimentos de análise da informação</i> .....	146
4.1.4 – <i>Considerações éticas</i> .....	148
4.2 – DESCRIÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR.....	150
4.2.1 – <i>Caracterização do serviço e dos enfermeiros</i> .....	152
4.3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	156
4.3.1 – <i>Competências relacionais de ajuda, modos de aprendizagem e papéis de liderança</i> .....	157
4.3.1.1 – Competências Relacionais de Ajuda .....	157
4.3.1.2 – Modos de aprendizagem .....	158
4.3.1.3 – Papéis de liderança.....	159
4.3.2 – <i>Contributo dos dirigentes no desenvolvimento das competências relacionais de ajuda</i> .....	160
4.3.2.1 – Caracterização dos participantes.....	160
4.3.2.2 – Concepção de “Ser enfermeiro” .....	162
4.3.2.3 – Importância atribuída às competências relacionais na prestação dos cuidados .....	171
4.3.2.4 – Contributos para o desenvolvimento das competências relacionais dos enfermeiros .....	175
4.3.2.5 – Estratégias de gestão promotoras do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda .....	182
<b>CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES .....</b>	<b>216</b>
5.1 – PRINCIPAIS RESULTADOS DOS ESTUDOS REALIZADOS NA PRIMEIRA FASE DA INVESTIGAÇÃO .....	216
5.2 – PRINCIPAIS RESULTADOS OBTIDOS NA SEGUNDA FASE DA INVESTIGAÇÃO – ESTUDO DE CASO .....	219
5.3 – CONCLUSÕES CONVERGENTES E SUGESTÕES .....	223
5.4 – LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO .....	225
5.5 – PERSPECTIVAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURAS .....	226
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>228</b>

## INTRODUÇÃO

Sendo a enfermagem uma profissão centrada no cuidar e na relação interpessoal entre um enfermeiro e a pessoa que necessita de cuidados, espera-se que os enfermeiros desenvolvam competências técnicas e científicas, mas também relacionais (Ordem dos enfermeiros, 2003), no sentido de poderem ajudar estas pessoas a ultrapassar as situações de crise emocional vivenciadas em contextos de grande sofrimento (Bermejo, 1997; 2001).

A importância do estabelecimento de uma relação interpessoal no cuidar em enfermagem está bem patente nos enunciados das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2003) e também no Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, onde é dada ênfase ao estabelecimento da relação de ajuda com o utente nos cuidados de enfermagem.

Assim, o estabelecimento da relação de ajuda, enquanto intervenção autónoma e inquestionável no cuidar em enfermagem, desempenha um papel central na resposta às necessidades individuais de cada pessoa, concorrendo de forma positiva para a prestação de cuidados mais eficazes e mais humanizados (Cadah, 2000; Hesbeen, 2009). A este propósito Silva (2006, p. 13) considera que o “profissional da área da saúde, tem como base do seu trabalho as relações humanas” não sendo possível, segundo a mesma autora, “pensar na acção profissional sem levar em conta o processo comunicativo nela inserido”.

No entanto, apesar dos enfermeiros terem um conhecimento muito profundo da sua função interdependente, denotam, por vezes, alguma dificuldade em apreender todas as dimensões dos cuidados de enfermagem, nomeadamente, no aspecto relacional (Ahya *et al.*, 2000). Para estes autores, ainda existe dificuldade na gestão da relação de ajuda, nomeadamente na adequação da sua utilização.

Este facto leva à insatisfação dos utentes e conseqüente diminuição da qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para a emergência de uma crítica constante à sociedade pela falta de humanização dos cuidados prestados, em particular nos hospitais, conforme demonstram os Relatórios do Gabinete do Utente (2005, 2006, 2007, 2010) nos quais as principais causas das reclamações apresentadas pelos utentes se centram nos aspectos relacionais /comportamentais.

Esta crítica social é corroborada por Phaneuf (2005), quando enfatiza que as queixas dos doentes se centram na pouca atenção que lhes é concedida, na falta de sensibilidade perante o seu sofrimento físico e psicológico e na ausência de disponibilidade real para serem ouvidos. A este respeito, Osswald (2000) acrescenta que no hospital, muitas vezes aliada à frieza do ambiente físico, se junta a frieza do contacto humano.

Face ao exposto, parece indiscutível que existe um problema de défice de competências relacionais de ajuda nos enfermeiros.

Este facto tem suscitado a nossa atenção ao longo dos tempos. Acreditamos que é fundamental intervir no processo de desenvolvimento destas competências para que haja uma melhoria efectiva na qualidade de cuidados de enfermagem a prestar às populações.

A importância do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda, como factor de qualidade na assistência prestada, tem sido discutida por diversos autores, de entre os quais destacamos Ferreira (2004), Melo (2004) e Simões (2008).

Assim levanta-se a seguinte questão – Como é que podemos promover o desenvolvimento destas competências nos contextos de trabalho para que se verifiquem melhorias efectivas na qualidade dos cuidados prestados?

A este propósito, Hesbeen (2009, p. 15) refere que “as principais melhorias de qualidade no seio das instituições dependem tanto da postura cuidadora dos profissionais que prestam cuidados, que os organizam ou que os ensinam, quanto da disponibilidade das organizações para facilitar a emergência dessa postura” através da criação de condições de trabalho que tornem possível a aplicação e desenvolvimento dos saberes (Le Boterf, 2005), dado que, segundo Vieira (2007, p. 102), “muitas vezes, as condições de trabalho dos enfermeiros, (...) deixam muito a desejar, sobretudo devido à escassez de recursos”.

Neste âmbito, o enfermeiro gestor pode ter um papel muito importante na criação de condições favoráveis ao desenvolvimento de competências nos enfermeiros e à prática de cuidados de qualidade da equipa que lidera (Baumann, 2007).

A este propósito, Alves (2009) considera que o sucesso de uma organização depende da liderança, visto que os líderes são capazes de alavancar projectos, melhorar processos, estimular e influenciar pessoas por meio da sua actuação.

A literatura parece apontar para a importância do desenvolvimento de competências relacionais como contributo para a excelência do exercício profissional, no entanto, as

condições para o seu desenvolvimento parecem não ser adequadas. Neste sentido, o enfermeiro gestor pode ter um papel preponderante no seu desenvolvimento, através de uma liderança eficaz e da criação de condições favoráveis ao seu desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

A partir da problemática enunciada, colocámos a seguinte questão: Que estratégias de gestão são utilizadas pelos enfermeiros chefes para promoverem o desenvolvimento das competências relacionais de ajuda nos enfermeiros?

Devido à pertinência e os poucos estudos nesta temática, propusemo-nos realizar um estudo que tem como principal objectivo compreender o contributo dos dirigentes no desenvolvimento de competências relacionais de ajuda nos enfermeiros, no sentido da melhoria da humanização da prestação dos cuidados de saúde, em culturas organizacionais dotadas de grande complexidade, como é o caso dos hospitais.

Para a concretização deste objectivo realizámos um estudo que foi desenvolvido em duas fases:

Na primeira fase desenvolvemos um estudo quantitativo, descritivo e transversal com uma amostra constituída por 690 enfermeiros que desempenhavam funções em 8 Centros de Saúde e em 48 unidades de saúde de 6 hospitais. Estes enfermeiros tinham mais de um ano de exercício profissional e com um mínimo de tempo de contacto com o enfermeiro chefe de um ano. Este estudo teve como objectivos proceder à adaptação e validação dos instrumentos utilizados na investigação (Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA), Kolb Learning Style Inventory (KLSI) e Escala de Liderança), identificar o nível de competências relacionais de ajuda, analisar as variáveis que as influenciam e identificar a unidade de saúde percebida pelos enfermeiros com um maior nível de competências relacionais de ajuda.

Na segunda fase, depois de identificada a unidade de saúde, percebida pelos enfermeiros com um maior nível de competências relacionais de ajuda, procedemos à realização de um estudo de caso (Yin, 2005), com o objectivo de compreender o contributo das estratégias utilizadas pelo enfermeiro chefe no desenvolvimento das competências relacionais destes enfermeiros que exercem funções nesta unidade, assim como avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança e o modo preferencial de aprendizagem. Como método de recolha de informação, para além dos instrumentos de

colheita de dados utilizados na fase anterior, iremos utilizar a observação participante, a entrevista estruturada, a análise de documentos e as notas de campo.

Neste estudo, apesar dos conceitos de gestão e de liderança serem importantes para a sobrevivência e prosperidade das organizações (Cunha *et al.*, 2003), reconhecemos que existe diferença entre eles, uma vez que, à liderança é atribuída a capacidade para desenvolver as competências nas pessoas, enquanto o conceito de gestão está relacionado com a optimização dos recursos. Nesta pesquisa iremos utilizar o termo dirigente, já que, iremos estudar a liderança e as estratégias de gestão utilizadas pelo enfermeiro chefe, pois estes têm o poder formal e legítimo na organização (Proença *et al.*, 2006).

A motivação para a pesquisa sobre a temática abordada prende-se com a trajectória pessoal, profissional e disciplinar, com a experiência na gestão dos serviços de enfermagem, no Gabinete do Utente, na Comissão de Qualidade de uma Instituição de Saúde e, mais recentemente, como docente na área da Administração e Gestão dos Serviços de Enfermagem. Esta trajectória fez-nos reflectir sobre o contributo do enfermeiro gestor na promoção do desenvolvimento de competências relacionais nos enfermeiros que lhes permitam prestar cuidados de qualidade.

Dado os poucos estudos realizados em Portugal sobre esta temática, esta investigação contribuiu para a compreensão do contributo dos dirigentes no desenvolvimento de competências relacionais de ajuda nos enfermeiros, com repercussões para a eficácia da gestão num contexto social, político, económico e tecnológico cada vez mais complexo e em rápida mudança.

O presente trabalho está estruturado em duas partes que estão subdivididas em cinco capítulos. Na primeira parte, constituída por dois capítulos, procedemos ao enquadramento teórico, no qual fazemos a revisão da literatura sobre a relação de ajuda no cuidar em enfermagem, o desenvolvimento das competências relacionais de ajuda e sobre os modelos de liderança, nomeadamente, o modelo dos valores contrastantes de Quinn (Quinn, 1988) e a liderança no desenvolvimento de competências nos enfermeiros. Na segunda parte, constituída por dois capítulos, desenvolvemos a investigação empírica. No terceiro capítulo apresentamos as questões de investigação, os objectivos, o tipo de estudo e a amostra, assim como, os estudos de adaptação e validação dos instrumentos utilizados nesta investigação. Apresentamos os resultados relativamente à percepção do nível de competências relacionais de ajuda nas diferentes unidades de saúde estudadas e a sua relação com as variáveis sociodemográficas, desempenho dos papéis de liderança e os

modos de aprendizagem. Identificámos, ainda, a unidade de saúde que os enfermeiros percebiam como tendo um maior nível de competências relacionais de ajuda e apresentamos os resultados obtidos no estudo de caso realizado nessa unidade de saúde.

Por fim, apresentamos as conclusões da investigação realizada, as limitações e perspectivas de investigações futuras, seguindo-se a referenciação bibliográfica.

Apresentamos os anexos em formato digital separado. Nestes anexos são incluídos os pedidos de autorização para a realização do estudo; os instrumentos utilizados no desenvolvimento do estudo; estatísticas descritivas e análises factoriais; e outros documentos que contribuem para clarificar a presente investigação.

**PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO 1 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS RELACIONAIS DE AJUDA**

### **1.1 – A RELAÇÃO DE AJUDA NO CUIDAR EM ENFERMAGEM**

A arte de cuidar, desde cedo está ligada à enfermagem. No entanto, nos últimos anos, devido aos avanços científicos e tecnológicos, assistimos à evolução rápida e tecnicista da enfermagem. Assim, verificamos, frequentemente, uma maior preocupação dos enfermeiros com a doença do que com o ser humano em toda a sua dimensão e vulnerabilidade.

Mas, como nos diz Watson (1985), não existe cuidar se não estabelecermos uma relação de ajuda. Relação essa que constitui um processo de desenvolvimento pessoal e de resolução de problemas, só possível numa interação positiva entre enfermeiro e doente. É, pois, fundamental que o enfermeiro estabeleça uma relação de ajuda, dado que, no seu dia a dia é confrontado com pessoas que sofrem física e/ ou psicologicamente, necessitando de um apoio emocional cada vez maior.

Esta dimensão relacional emerge nos últimos tempos como uma vertente do cuidado cada vez mais valorizada pelos doentes (Ferreira, 2010) mas, dado o seu carácter de subjectividade, tem sido alvo de alguma incompreensão tanto nos princípios fundamentais em que assenta, como na identificação da sua importância (Frade, 1999).

Assim, para melhor compreensão dos conceitos que estão subjacentes à relação de ajuda, começaremos por abordar o conceito de relação de ajuda no cuidar em enfermagem, as habilidades/atitudes inerentes à relação de ajuda, o seu enquadramento legal e ético na enfermagem, para, então, nos situarmos na importância que assume enquanto elemento terapêutico na enfermagem.

### 1.1.1 – Relação de Ajuda: conceptualização

A relação de ajuda foi abordada por vários autores (Rogers, 1985, Watson, 1985; 2002 Chalifour, 1989, 1993, 2007, 2009; Auger, 1992; Adam, 1994; Lazure, 1994; Mucchielli, 1994; Benner, 2005; Collière, 1999, 2003; Hesbeen, 2000, 2009; Phaneuf, 1995, 2001, 2005; Queiróz, 2004, 2007) que deram o seu contributo no sentido de aprofundar esta temática.

Rogers apresenta-se-nos como um precursor da Abordagem Centrada na Pessoa (PCA – *Person Centred Approach*), assente numa filosofia humanista, fenomenológica e existencialista. Esta abordagem teve influência em várias ciências como a enfermagem, a psicologia, a educação, entre outras.

Os objectivos desta abordagem, desenvolvida por Rogers (1985), são a utilização e a mobilização dos conhecimentos do doente, a eliminação do sentimento de solidão, a libertação do poder de reflexão e a passagem da percepção afectiva confusa para a consciência reflectida clara. Na óptica deste autor, o ser humano possui todos os recursos necessários para tomar conta de si, evoluir, desenvolver-se e mudar os seus hábitos de vida progredindo em relação a um melhor bem-estar.

Para Rogers (1985, p. 43) a relação de ajuda pode ser definida como “uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo um fascínio e uma melhor capacidade de enfrentar a vida”.

Phaneuf (1995, p. 4), baseando-se no trabalho de Rogers, define a relação de ajuda como  
 uma relação particularmente significativa que se instaura entre um ajudado, isto é, uma pessoa que passa pela experiência de um problema, dum sofrimento, e que sente dificuldade em os enfrentar sozinha em encontrar os meios de os aceitar, de se adaptar ou de sair destes, e um ajudante, na ocorrência uma enfermeira, que em dado momento o ajuda a encará-los e a encontrar em si próprio os recursos necessários para lhe fazer face. É uma troca, tanto verbal como não verbal que permite criar o clima de que a pessoa tem necessidade para reencontrar a sua coragem tornar-se autónoma e evoluir para um melhor bem-estar físico ou psicológico.

Pacheco acrescenta que a relação de ajuda consiste em “estabelecer e manter uma comunicação terapêutica interpessoal, num clima de confiança que permita o apoio e ajuda a quem deles necessita” (2002, p. 129).

Phaneuf afirma, ainda, que a relação de ajuda “aplicada aos cuidados de enfermagem conserva o seu carácter de respeito e de confiança no Homem, mas assenta numa filosofia holística que tem em conta todas as dimensões da pessoa” (1995, p. 3). A mesma autora

refere, também, que a implantação alargada da relação de ajuda nos cuidados de enfermagem supõe uma mudança de perspectiva a nível da percepção da identidade da própria enfermagem, sendo, então, a enfermeira imbuída da importância do seu papel autónomo.

Chalifour (1989) apresenta uma abordagem da relação de ajuda no contexto do cuidar em enfermagem inspirado na psicologia humanista. Este autor define relação de ajuda como “uma interacção particular entre duas pessoas, a enfermeira e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda” (1989, p. 18).

A este respeito, Mucchielli (1994, p. 15) afirma que “a relação de ajuda é uma relação profissional na qual uma pessoa deve ser assistida para operar o seu ajustamento pessoal a uma situação à qual ela não se adaptava normalmente”. O ponto de vista deste autor supõe que o ajudador seja capaz de executar duas acções específicas: compreender o problema nos termos em que este se coloca para o indivíduo e ajudá-lo a evoluir pessoalmente no sentido da sua melhor adaptação.

Também Auger faz referência à relação de ajuda como “uma maneira de proceder no quadro de uma relação interpessoal, maneira de proceder que procura libertar na pessoa ajudada, a capacidade de viver mais plenamente do que o fazia no momento do contacto” (1992, p. 13).

Toda a relação de ajuda pressupõe um fim ou alvo a atingir. Nesta perspectiva, vários autores descreveram os objectivos da relação de ajuda.

Segundo Phaneuf (1995, p. 8) os objectivos da relação de ajuda são:

ajudar a pessoa de quem se cuida a enfrentar os problemas presentes, a encarar-se como interveniente activo da sua situação; a ver o seu problema mais claramente, a chegar a uma compreensão mais profunda, mas também mais realista da sua dificuldade e a descrevê-la segundo as suas percepções; a comunicar os seus sentimentos, as suas opiniões e a satisfazer as suas necessidades fundamentais psicológicas, (...); a estabelecer contactos sociais e relações significativas, servindo a relação com a enfermeira de terreno de ensaio; a encontrar um sentido para a sua dificuldade física ou psicológica, isto é, a identificar nela as motivações que a ajudem a vivê-la com coragem e a fazer dela uma experiência positiva.

Watson (2002) defende a situação de ajuda, no contexto da enfermagem, como uma relação especial do cuidado humano que envolve valores, intenções, conhecimento, empenho e acções, pressupondo uma ruptura com a perspectiva tradicional de relação enfermeiro/doente onde o envolvimento pessoal era considerado como não profissional. Para aquela autora, a arte de cuidar (*caring*) em enfermagem começa quando o enfermeiro

entra no campo do outro, ou seja, expressa sentimentos no sentido de lhe demonstrar preocupação e cuidado pela pessoa que ela é.

Benner (2005) identifica a relação de ajuda como uma das funções do enfermeiro, defendendo que este processo de ajuda é complexo e que na prática dos cuidados de enfermagem, de acordo com a necessidade da pessoa, assim se pode estabelecer a Relação de Ajuda informal e formal (Phaneuf, 2005).

Para esta autora, na prestação dos cuidados de enfermagem gerais, a relação de ajuda informal é fundamental na medida que se instala de forma espontânea, consoante as necessidades de cada utente/família. Numa situação de relação de ajuda informal, o enfermeiro deve adoptar determinado tipo de comportamento facilitador de um apoio momentâneo perante a situação da pessoa.

Por outro lado, a relação de ajuda formal distingue-se da anterior por exigir uma estruturação mais formal, isto é, por haver necessidade de um melhor conhecimento da pessoa em causa, é estruturada uma entrevista que obedece a objectivos evolutivos estabelecidos. Neste tipo de entrevista o enfermeiro deve dispor de capacidades/habilidades fundamentais no estabelecimento de uma relação de ajuda eficaz (Phaneuf, 2005).

### **1.1.2 – Habilidades / Atitudes inerentes à relação de ajuda**

A relação de ajuda sendo uma das dimensões do cuidar em enfermagem implica um grande empenho do enfermeiro, pois, tal como refere Chalifour, trata-se de uma intervenção

que vai muito para além dos conhecimentos. Ela pressupõe uma concepção unificadora da Pessoa, da ajuda e dos modos de fazer e de ser para dispensar esta ajuda. Além disso, ela requer da parte da Enfermeira um bom conhecimento das suas referências pessoais (valores morais, experiências passadas) e teóricas, sobre as quais ela apoia as suas observações, o sentido que lhes atribui e as intervenções que decide aplicar (1989, p. 14).

Neste contexto, e segundo Auger (1992), uma relação de ajuda pode não ser eficaz se não ajudar o orientando a atingir os seus objectivos e, neste caso, não deve ser chamada de ajuda. É, portanto, primordial identificar os elementos indispensáveis para que se possa falar do estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda.

Para que os enfermeiros consigam integrar na sua prática do cuidar a relação de ajuda, de um modo efectivo, necessitam desenvolver as suas capacidades intelectuais, afectivas,

físicas, sociais e espirituais e possuir conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuam para uma elevada competência neste domínio (Queirós, 2004).

Assim, na relação de ajuda, o enfermeiro deve estar receptivo a quem ajuda e desperto para as suas reacções e sentimentos pessoais, para isso, deve desenvolver capacidades de relacionamento interpessoal de forma a poder ajudar.

Neste contexto, Lazure (1994) refere que o enfermeiro que ajuda deve desenvolver capacidades de clarificar e fazer clarificar; de respeitar-se e respeitar os outros; de ser congruente consigo mesmo e em relação aos outros; de ser empático consigo próprio e com os outros; de confrontar-se consigo próprio e com os outros; e, sobretudo, ter capacidade de escuta.

O enfermeiro deve desenvolver as capacidades indispensáveis para poder estabelecer uma relação interpessoal que se pretende que seja de “ajuda”, mas deve, ainda, aprofundar o seu conhecimento em cada uma dessas capacidades, de forma a desenvolver-se e atingir o maior grau de ajuda ou eficácia nessa mesma relação.

Neste contexto, Queirós (2004) salienta duas atitudes essenciais para a relação de ajuda no cuidar em enfermagem – o respeito e a empatia, considerando a sua presença e expressão determinantes para a qualidade da relação.

### **Empatia**

A empatia é uma componente muito importante na relação de ajuda, sendo referida por Lazure como “a pedra angular de toda a relação de ajuda” (1994, p. 77). Significa a capacidade de ser capaz de compreender o outro, de se colocar no seu lugar, evitando, no entanto, um envolvimento emocional que dificulte a ajuda.

Também Carkhuff (1988) considera que a empatia é a capacidade de reagir ou responder ao “outro”. Trata-se, na opinião deste autor, de um elemento muito importante da condição humana, dado exigir, daquele que ajuda, que se consiga colocar verdadeiramente na “pele” do outro e reintegrar de novo a sua própria “pele”, mantendo-se intacto e, até, desenvolvendo-se como pessoa. Trata-se de uma habilidade que permite responder à questão como é que me sentiria ou reagiria se eu estivesse no lugar do outro.

Nesta linha de pensamento, Watson afirma que a empatia é “a habilidade da enfermeira para experienciar o mundo privado e os sentimentos da outra pessoa, mas também a

habilidade de comunicar a essa outra pessoa o grau de compreensão que ela atingiu” (1985, p. 28).

Phaneuf corrobora a opinião deste autor, referindo que, na relação de ajuda, a empatia é uma das características mais importantes e define-a como

uma compreensão profunda realizada pela aptidão da enfermeira em entrar no universo de outrem, para o compreender como se ele se colocasse no seu lugar a fim de apreender o que este vive, como vive e de lhe comunicar esta compreensão a fim de lhe levar reconforto e apoio e de estimular, assim, a sua energia interior para o ajudar a evoluir (1995, p. 18).

Mas para compreender os sentimentos do outro, o enfermeiro deve ter consciência daquilo que o outro está a vivenciar, colocando de lado temporariamente os seus sentimentos e tentar apreender a maneira como o outro se sente interiormente, como são as coisas para ele, qual o seu quadro de referências e identificar-se com a pessoa que está a ser ajudada. Assim o enfermeiro, para poder dar uma resposta integral às suas inquietações e medos, deve adaptar-se à singularidade do ser humano, compreendendo-o e planeando a assistência de acordo com as suas necessidades individuais (Melo, 2008a).

Podemos afirmar que a empatia exige muito mais do que a partilha de sentimentos e de acontecimentos do doente, mesmo que o enfermeiro já tenha experimentado algo semelhante. O enfermeiro deve, assim, compreender o mundo do doente como se fizesse parte desse mundo (Queirós, 2004). Mas, segundo Silva “é difícil estabelecer a ‘proclamada’ empatia, porque infelizmente em muitos profissionais ainda existe certa necessidade de superioridade, de diferenciação, até como forma de protecção” (2007b, p. 31).

No entanto, de acordo com Salomé (1993). ser empático não significa que os pensamentos, sentimentos ou dificuldades do outro passem para nós, dado que, segundo a mesma autora, quando isso acontece, as dificuldades multiplicam-se, tanto para quem ajuda como para quem é ajudado

Para Queirós (2004), o desenvolvimento de uma atitude empática exige ao enfermeiro um investimento pessoal muito grande para conseguir manter uma atitude de ajuda efectiva e ao mesmo tempo fazendo com que essa empatia se traduza num processo de fortalecimento pessoal e profissional, e não na sua fragilização.

A reflexão desta autora coloca a necessidade dos profissionais de enfermagem desenvolverem as suas capacidades de escuta activa para que a relação de ajuda possa ser eficaz.

## **Escuta activa**

A escuta activa é considerada por Watson (1985) como uma característica essencial da atitude empática. Para a mesma autora, a escuta activa é o fundamento da relação terapêutica que deve ser adquirida e desenvolvida.

Na opinião de Lazure, “escutar é constatar através do sistema auditivo estimulado, mas é também aceitar o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas percepções externas e internas” (1994, p. 15).

Assim, de acordo com Pacheco, “a relação de ajuda deve basear-se numa verdadeira escuta – e não num simples ouvir “ (2002, p. 130). Para esta autora, a capacidade de escuta é fundamental numa relação de ajuda, não podendo confundir-se com um simples ouvir, deve, antes, consistir em utilizar todos os sentidos, evitando a tendência para responder imediatamente, propondo soluções; às vezes, é mais importante não falar, mas sim deixar a outra pessoa falar.

Nesta linha de pensamento Hartrick (1999) defende que não há necessidade de nos esforçarmos para procurar “dizer a coisa certa”, mas antes para centrar-se na outra pessoa, escutando-o, cada um partilhando da experiência do outro e respondendo ao outro pela expressão dos sentimentos e pensamentos que emergem. Importantes para a iniciativa, autenticidade e responsabilidade são a atenção e a vontade de ouvir.

Todo o doente tem necessidade de comunicar, mas, principalmente, de que o escutem e se interessem por ele, isto porque, muitas vezes é o enfermeiro a única pessoa que responde a esta necessidade. Mas, para isso, é necessário que o enfermeiro demonstre ao doente disponibilidade para o ouvir, dando especial atenção à linguagem não verbal (Silva, 2006).

Esta linguagem exprime muitas vezes mensagens que as palavras só por si não conseguem transmitir; podem reforçar ou completar as mensagens escutadas e, até, contradizer o que o doente verbaliza. A linguagem não verbal é espontânea, como nos refere Lazure (1994) é a linguagem das emoções profundas, traduz as emoções sentidas, os estados de alma, mesmo sem haver comunicação verbal.

Neste âmbito, o silêncio representa um dos aspectos mais importantes das mensagens não verbais. Assim, a escuta do silêncio é de particular importância, já que, nos permite compreender o que o doente está a viver no seu íntimo. De acordo com Lazure, “o silêncio pode significar o medo ou o sofrimento que impedem que as palavras saiam, ou uma alegria tão intensa que não pode ser explicada por palavras” (1994, p. 106).

Da reflexão efectuada sobre a capacidade de escuta, achamos importante realçar o papel do silêncio como forma de escutar. Na perspectiva de Chalifour, “o silêncio não consiste somente em não falar, ele é feito de interesse e atenção para que o cliente comunique; é também feito de presença de si e da disponibilidade a tudo ao que percebe, pensa, sente na qualidade de ajudante no momento em que o cliente se exprime” (1993, p. 207).

Neste contexto, pensamos que o enfermeiro deve estar atento ao silêncio e escutar com toda a atenção, tentando identificar o seu significado para poder intervir adequadamente. Lazure (1994) fala-nos sobre a capacidade de escuta, considerando uma necessidade tão evidente que muitas vezes nos esquecemos dela e de a desenvolver adequadamente. Para esta autora escutar bem não é memorizar tudo o que o cliente exprime, mas é compreender o contexto e os sentimentos relacionados com o conteúdo da mensagem verbal ou não verbal.

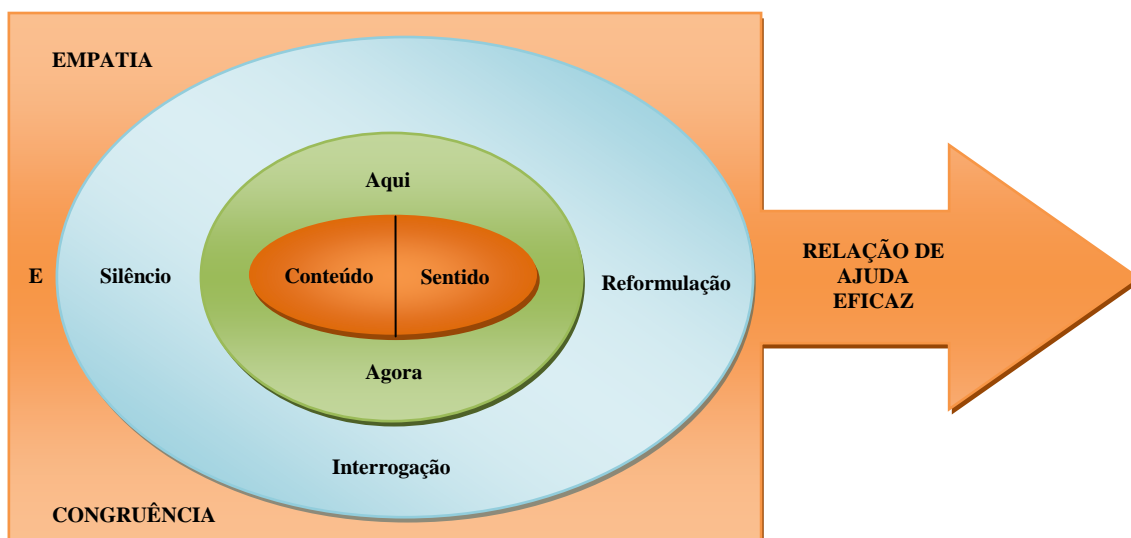
Assim, “não se escuta só com o ouvido, mas também com o olhar, com a atenção à linguagem não verbal do doente, com proximidade física adequada e com a leitura do silêncio e a interpretação correcta da linguagem simbólica” (Pacheco, 2002, p. 130).

Dentro das competências relacionais, Rispaill (2003) atribui particular destaque à escuta, afirmando que escutar o outro implica escutar-se a si mesmo.

Esta autora considera que a escuta é articulada em duas vertentes: as atitudes e as técnicas. Para esta autora as atitudes perante a escuta compreendem quatro orientações:

- **Aqui:** onde? O lugar e o meio. Por exemplo, o posicionamento do corpo, a linguagem gestual;
- **Agora:** quando? Tem a ver com os aspectos relacionados com a disponibilidade;
- **O Conteúdo.** Está relacionado com o ouvir e compreender toda a mensagem graças à disponibilidade de espírito;
- **O Sentido.** Por exemplo, escutar com os ouvidos e com os olhos apercebendo-se das manifestações imperceptíveis da linguagem das emoções.

Na vertente técnica, Rispaill (2003) defende as competências técnicas específicas como o silêncio, a reformulação e a interrogação. O mesmo autor (2003, p. 73) resume o que são as componentes de uma relação de ajuda eficazes através da Figura 1.



**Figura 1 – Esquema da relação de ajuda eficaz**

Fonte: Adaptado de Rispaill (2003, p. 73)

### **Congruência**

A relação de ajuda deve, ainda, basear-se na congruência, isto é, na capacidade, da pessoa que ajuda, de ser autêntica e verdadeiramente ela própria, não devendo haver diferenças entre a comunicação verbal e a não verbal. Neste contexto, o orientador deve conhecer-se profundamente se pretender ajudar o outro a conhecer-se (Pacheco, 2002).

Para Lazure “a congruência é uma característica fulcral da pessoa emocionalmente sã, pois possibilita que num indivíduo haja concordância entre o que ele vive interiormente, a consciência que ele tem daquilo que viveu e a expressão dessa vivência traduzida conscientemente pelo seu comportamento” (1994, p. 63).

Assim, numa relação de ajuda, quando a pessoa que ajuda assume os seus sentimentos, a tendência é que o outro assumam, também, os seus sentimentos, livre de ameaças, apoiado na autenticidade e na aceitação incondicional. Esta aceitação incondicional positiva, segundo Rogers (1985), é a capacidade da pessoa que ajuda a aceitar o outro sempre de maneira positiva, procurando compreendê-lo. Num ambiente onde a pessoa se sinta verdadeiramente aceite e acolhida, livre de ameaças, ela tende a ser ela mesma e a entrar em contacto consigo própria para buscar aquilo que julga importante para o seu crescimento pessoal.

## **Respeito**

Rispail (2003) defende existir uma grande proximidade entre o conceito de respeito e congruência, entendendo-a como um elemento de competência específico que se desenvolve no âmbito de uma relação de ajuda.

Segundo Pacheco (2002), um dos componentes essenciais da relação de ajuda é o respeito caloroso, pressupondo, primeiramente, que o orientador considere o orientando como um ser humano dotado de valor e de dignidade, sejam quais forem os seus comportamentos. Em segundo lugar, o orientador, quando aceita verdadeiramente o outro, considera que toda a pessoa humana tem o direito de tomar as suas próprias decisões. Em terceiro lugar, deve considerar que a pessoa é responsável pela sua vida e pelas suas decisões.

Na perspectiva de Lazure “respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único e que, devido a essa unidade, só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória” (1994, 51).

Esta opinião é corroborada por Chalifour (2007) ao considerar que o enfermeiro, quando manifesta respeito caloroso pelo doente, está a convidar o doente a reconhecer a sua unicidade, ou seja, o seu direito de ser diferente, de pensar de modo diferente e de viver a sua vida como entender; reconhece que ele próprio possui meios necessários para fazer a sua escolha, reconhece, ainda, que ele tem grande valor e que é digno de atenção, de amor e que o enfermeiro o respeita na sua dignidade.

Respeitar a pessoa é muito mais do que um sinal de civismo em relação a ele. É uma atitude que deve ser desenvolvida e é manifestada pelo enfermeiro, através do seu comportamento e atitudes, da sua forma de estar e de agir com o doente, para o ajudar.

Assim, de acordo com Pacheco, “o orientador que respeita verdadeiramente o orientado, não lhe dará ordens, directivas ou prescrições, já que tais comportamentos transmitem fatalmente ao orientando que o orientador o considera como incapaz de tomar decisões construtivas e tendem a retirar-lhe a responsabilidade das suas acções” (2002, p. 53).

Sem dúvida que o desenvolvimento das capacidades relacionais do enfermeiro é fundamental, dado que, o momento em que acontece a relação é um momento privilegiado e único, de mútuo conhecimento entre seres humanos, tendo o enfermeiro, aqui, uma função terapêutica determinante. De facto, se não se estabelecer a relação de ajuda, todos os cuidados prestados ao doente perderão a sua eficácia, uma vez que, é fundamental que este se sinta acompanhado, compreendido e apoiado (Pacheco, 2002).

Neste contexto, conseguiremos certamente resultados mais satisfatórios se colocarmos, na relação que estabelecemos com o outro, todo o nosso potencial terapêutico, todas as nossas capacidades e atitudes de ajuda (Chalifour, 2009), facultando ao outro a autogestão dos seus problemas reais ou potenciais de saúde e, conseqüentemente, o encontro de soluções dinamicamente equilibradas para os seus problemas.

Kérouac *et al.* (1994, p. 8) defende que, actualmente, a enfermagem é marcado pela polivalência e está também cheio de paradoxos dado que "exigem-se competências técnicas de alto nível mas procurando o calor humano e a simplicidade do contacto. Deseja-se uma enfermeira que possa combinar as propriedades da excelência na técnica e a excelência no tacto".

Este facto deve-se ao desenvolvimento abrupto da tecnologia no tratamento dos doentes, sendo os enfermeiros confrontados com uma exigência, cada vez maior, de conhecimentos e domínio da ciência e da técnica, mas, por outro lado, os doentes valorizam cada vez mais a componente relacional. Os enfermeiros, para conseguirem satisfazer as necessidades globais dos doentes, têm que, por um lado, desenvolver competências técnico-científicas, e por outro, as relacionais, nas quais se engloba a relação de ajuda.

Desta forma, o enfermeiro deve ter conhecimentos profundos de si mesmo, ter capacidade de se auto-analisar para que possa constituir-se como elemento terapêutico. Pepleau (1993) considera fundamental que os enfermeiros desenvolvam a capacidade de alcançar a proximidade física e da intimidade interpessoal.

### **Contacto físico**

Segundo Fiske, "o grau de proximidade física com que nos acercamos de alguém pode transmitir uma mensagem quanto ao relacionamento que temos com essa pessoa. Parecem existir características distintas que diferenciam significativamente distâncias diferentes" (1998, p. 96).

As distâncias adequadas podem variar de cultura para cultura, das pessoas com quem nos relacionamos; uma distância muito próxima pode ser muito incomodativa, podendo significar uma invasão da intimidade, enquanto uma distância excessiva pode ser interpretada como falta de interesse (Cibanal, 1991), dado que, quem tocamos, onde e quando o fazemos veicula importantes mensagens (Fiske, 1998).

Também a este respeito, Watson refere que o tacto "é fundamental para a enfermagem e para os cuidados de enfermagem", mas, segundo esta autora, "apenas recentemente foi

dada séria atenção ao toque e às diferentes formas de considerar a importância do toque como arte de cuidar” (2002, p. 211).

Neste âmbito, Silva cita um estudo em que o toque e a proximidade física aparecem como as formas “mais importantes de se comunicar com o paciente e de demonstrar afecto, envolvimento, segurança e sua valorização como ser humano” (2006, p. 91). Para Phaneuf (2005) nos cuidados de enfermagem o toque fala muitas vezes, muito mais, e muito melhor do que todas as nossas palavras, ele mostra que estamos à escuta, que compreendemos o sofrimento do doente e que lhe prestamos atenção. Esta autora enfatiza que o toque pode tranquilizar, apoiar, encorajar e manifestar a nossa empatia.

Nesta linha de pensamento, Mackey acrescenta que o toque terapêutico

dá uma nova dimensão à prática de enfermagem. Pode fazer crescer o conhecimento de nós mesmos e da nossa sensibilidade, ajudando-nos a cuidar do doente como de um todo, e permitindo-nos tratar da mente e do espírito, assim como do corpo. Esta prática é uma renovação da arte da enfermagem (1997, p. 268).

Watson corrobora esta opinião referindo que “o toque é uma das modalidades artísticas do cuidar mais facilmente usadas; podendo ajudar a integrar e harmonizar, a dar conforto, totalidade, integridade e dar mesmo um sentido de segurança” (2002, p. 212).

Os cuidados de enfermagem pressupõem um contacto físico em cerca de 85% para serem efectuados, mas, por outro lado, segundo Ahya *et al.* (2000), cada pessoa tem necessidade de um mínimo de contactos físicos para viver, aumentando esta necessidade em caso de stress ou de doença. A este propósito, Watson é da opinião que os idosos têm “fome de toque humano” e experimentam o que é referido como “fome de pele” (2002, p. 212). Rispaill acrescenta que “o tocar (contacto, massagem...), a prensão e a manipulação dos corpos (higiene, mudanças de posição...) são um modo de relação privilegiada do cuidador no âmbito do seu exercício profissional” (2003, p. 11), o que vai de encontro à filosofia de humanidade em que o toque é considerado fundamental, permitindo estabelecer a ligação afectiva (Simões, Rodrigues e Salgueiro, 2011).

Mas, apesar de os enfermeiros reconhecerem que o toque pode acalmar o doente, poucos profissionais utilizam o toque como um verdadeiro gesto profissional, fonte de prazer e de conforto para o doente. Verifica-se, também, que é dada pouca ênfase a esta área na formação dos enfermeiros. Torna-se, pois, fundamental o desenvolvimento desta competência para enriquecermos a nossa prática diária (Ahya *et al.*, 2000).

Assim, para que a relação de ajuda seja uma praxis nos cuidados de enfermagem há necessidade de um enquadramento ético e legal para poder fundamentar a prática de enfermagem e ser interiorizada e adoptada por todos os enfermeiros.

### **1.1.3 – Enquadramento legal e ético da relação de ajuda na enfermagem**

A enfermagem como profissão organizada surgiu com Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, num período de grande necessidade de melhoria de condições de vida das populações, nomeadamente no controle das doenças infecciosas, já que, a medicina dispunha de recursos muito limitados (Collière, 1999).

É neste contexto que podemos considerar o emergir da relação de ajuda na enfermagem, uma vez que a sua concepção de cuidado era precisamente fornecer à pessoa aquilo que a mesma não conseguia fazer por si própria. Havia uma intenção clara de ajuda que era veiculada pelas “qualidades” intrínsecas da enfermeira, descritas por Nightingale (*in* Collière, 1999) como a paciência, a amabilidade, a honestidade, entre outros. Defendia, ainda, que nem todas as mulheres eram espontaneamente boas enfermeiras, assim como os cuidados não eram transmitidos por herança cultural, tornando-se, pois, necessário aprendê-los.

Após Nightingale, com o advento da enfermagem moderna, o cuidar foi considerado como uma finalidade da profissão de enfermagem, dando resposta às exigências sociais de cada época. No início, baseou-se num saber essencialmente prático, caracterizado por uma solicitude associada a um espírito da ajuda fraterno e de dedicação caridosa, tendo sido influenciado pela evolução técnico-científica e pelos contextos socioculturais cada vez mais complexos e diversificados, dando lugar a uma prática assente em conhecimentos científicos, pela competência profissional e pela utilização de métodos científicos de trabalho (Kérouac, 1994).

No entanto, a prática da enfermagem, devido à evolução técnico-científica, e também influenciada pelo paradigma positivista, nem sempre se tem direccionado para o desenvolvimento de valores fundamentais relacionados com a pessoa humana, resultando muitas vezes numa prática profissional desumanizada (Queirós, Silva e Santos, 2000).

Na óptica de Silva, evoluímos muito tecnicamente enquanto enfermeiros e profissionais de saúde, mas não conseguimos manter a nossa humanidade nas pequenas coisas, “esquecemo-nos de sorrir, de olhar nos olhos dos nossos pacientes e dos nossos companheiros de trabalho, de apertar as mãos, de fazer um afago, de puxar a cadeira, sentar e ouvir” (1998, p. 128).

Esta tendência de prestação dos cuidados à pessoa doente, numa perspectiva tecnicista, teve o seu auge nos anos sessenta. Época em que o objecto da medicina era o corpo portador de uma doença, a pessoa que vivia a doença tinha um papel secundário, “as necessidades de relações interpessoais não eram tidas em consideração na formação profissional das enfermeiras. Admitia-se que a enfermeira tinha uma função técnica, ensinada à partida” (Collière, 1999, p. 150).

Neste contexto, as acções de enfermagem transformaram-se em tarefas puramente técnicas, marcadas pelo tratamento físico, decorrentes de prescrições médicas, em que o corpo da pessoa era visto como o objecto dos cuidados, tendo a relação enfermeiro-doente ficado circunscrita a meras relações funcionais, sendo menosprezadas as vivências profundas da Pessoa a quem são dirigidos os cuidados. Só nos anos 1967-68 é que a “corrente que revaloriza a relação entre quem trata e quem é tratado, começou a emergir no meio da enfermagem” (Collière, 1999, p. 150).

Assim, nas últimas décadas, a enfermagem tem sofrido a influência das várias ciências, nomeadamente, da psicologia humanista através dos trabalhos de Rogers sobre a Terapia Centrada na Pessoa, promovendo o reconhecimento da importância do ser humano na prestação dos cuidados. A relação de ajuda emerge, assim, como eixo principal nesta concepção de cuidados, tendo encontrado expressão como técnica comunicacional no conjunto dos instrumentos básicos da enfermagem.

O conceito de Relação de Ajuda que emergiu com Rogers tornou-se uma referência fundamental no mundo da enfermagem, dado que, por um lado, permitiu a humanização dos cuidados e, por outro, está acessível a todo o profissional que exerce actividade através das relações humanas.

Contudo, a valorização do aspecto relacional dos cuidados de enfermagem é recente nos textos legislativos e nos programas de formação inicial de enfermagem.

Actualmente, na sequência da criação da Ordem dos Enfermeiros no ano de 1998, foram publicados um conjunto de normas reguladoras e orientadoras da prestação de cuidados,

tais como: o Código Deontológico dos Enfermeiros; os Padrões de Qualidade; as Competências dos Enfermeiros dos Cuidados Gerais; e os guias de boas práticas.

A criação da Ordem dos Enfermeiros foi o fruto do desenvolvimento da profissão e também do reconhecimento, por parte do governo, do estágio de desenvolvimento da enfermagem e do papel relevante que os enfermeiros desempenham no sistema de saúde, devolvendo-lhes poderes que ao Estado competiam, no que concerne à regulamentação e controlo do exercício profissional, designadamente, nos seus aspectos deontológicos e disciplinares.

Pelas competências que detém, relativamente à política de saúde, à formação e ao controlo da qualidade dos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros é um instrumento imprescindível para o desenvolvimento da enfermagem, tornando-se a sua acção complementar relativamente à acção das restantes organizações profissionais.

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros, enquanto organismo regulador da profissão, tem vindo a desenvolver um conjunto de actividades específicas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, destacando-se o enquadramento Conceptual para a Prática dos Cuidados e, a definição das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. A definição aprovada por este organismo considera que “a competência do enfermeiro de cuidados gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 16). Nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais estão integradas a comunicação e as relações interpessoais, demonstrando a importância que estas competências têm na prestação dos cuidados.

Os cuidados de enfermagem foram definidos, pela Ordem dos Enfermeiros (2001), como o exercício profissional da enfermagem que se centra na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade). A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel.

Também, o Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, no artigo 5º, caracteriza os cuidados de enfermagem do seguinte modo:

1. Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;
2. Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;
3. Utilizarem a metodologia científica, que inclui:

4. A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;
5. A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;
6. A formulação do diagnóstico de enfermagem;
7. A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;
8. A execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;
9. A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções.

Neste diploma, é dada ênfase ao estabelecimento de uma relação de ajuda com o utente nos cuidados de enfermagem, o que está de acordo com Lazure (1994), quando refere que o acto de ajudar impõe exigências ao enfermeiro por ter escolhido uma profissão de ajuda, e essas exigências são: dar do seu tempo, da sua competência, do seu saber, do seu interesse, da sua capacidade de escuta e compreensão. Para esta autora, os profissionais de enfermagem devem ser mais do que bons técnicos devendo cuidar os seus utentes numa perspectiva holística, ajudando-os a enfrentar os seus problemas com todos os recursos que possuem.

Nesta perspectiva, os enfermeiros, para além das capacidades técnicas e científicas requeridas para o exercício da profissão, devem desenvolver competências relacionais no sentido de saberem ajudar os seus utentes a ultrapassarem as situações de crise vivenciadas durante o processo de doença. Também na Portaria n.º 242/2011 de 21 de Junho, que adapta o regime de Avaliação de Desempenho da Administração Pública à especificidade da Enfermagem, nos parâmetros de avaliação nos comportamentos profissionais são valorizados os comportamentos que se direccionem para a comunicação e as relações interpessoais.

Pelo exposto, parece importante proceder a uma análise e reflexão sobre o desenvolvimento de competências relacionais de ajuda nos enfermeiros. É, pois, este aspecto que iremos desenvolver em seguida.

## **1.2 – COMPETÊNCIAS RELACIONAIS DE AJUDA: OS ENFERMEIROS E OS CONTEXTOS**

O desenvolvimento das competências relacionais passa pelo desenvolvimento harmonioso do homem e insere-se num complexo processo de socialização, conceituado por Sprinthall e Sprinthall (1993) como um processo pelo qual um indivíduo aprende e interioriza as regras e normas da sociedade, incluindo o crescimento, a educação, a formação e vai acontecendo progressivamente desde o nascimento, prolongando-se durante toda a vida.

Pode ocorrer na família, no grupo, na escola, no trabalho e na comunidade em geral. Vai evoluindo do saber para o saber-fazer e para o saber-ser, mobilizando os recursos cognitivos, afectivos e psicomotores (Dias, 2006).

A enfermagem é reconhecida como uma profissão de ajuda, cujo centro de actuação está na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família e a comunidade) (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Na actualidade, e contrariamente ao que se verificava há cinquenta anos atrás, os objectivos da enfermagem não se centram em devolver a saúde às pessoas, mas interessa sobretudo ajudar as pessoas a viverem bem. Pepleau (1993) vê a enfermagem como um processo interpessoal terapêutico que implica uma intimidade de âmbito profissional. Considera ser imediata a preocupação com as intervenções de enfermagem que têm como objectivo a sobrevivência do organismo. Contudo, uma vez satisfeita esta necessidade, a atenção da enfermagem volta-se de imediato para ajudar os indivíduos a compreenderem os seus problemas de saúde, atendendo todos os indivíduos como pessoas únicas com componentes biológicas e psicológicas que são capazes de realizar novas aprendizagens e mudanças no sentido positivo. Neste contexto, a relação de ajuda emerge como sendo fundamental no cuidar em enfermagem.

Mas, para que a relação de ajuda seja eficaz, que requisitos tornam o enfermeiro competente, isto é, que conhecimentos, que habilidades e que atitudes será importante desenvolver nos enfermeiros para que a relação de ajuda seja efectivamente um elemento terapêutico?

Muitos têm sido os contributos neste campo de potencial desenvolvimento das competências relacionais dos enfermeiros. Destacamos os contributos de Rogers, Pepleau, Watson, Lazure, Chalifour, Leininger, entre muitos outros.

Em seguida faremos uma análise ao conceito de competências, para depois analisarmos mais aprofundadamente as competências relacionais de ajuda no contexto da prática dos cuidados e a forma como podem ser desenvolvidas.

### **1.2.1 – Competências: Conceptualização**

Analisando o conceito de competência no seu sentido mais amplo, e da análise dos vários autores consultados, ficamos com a noção de que é um conceito bastante abrangente, tendo sido muito estudado, continuando, no entanto, a ser muitas vezes utilizado de forma ambígua, servindo para designar termos como sejam a competência profissional, os conhecimentos, as aptidões, as capacidades e as atitudes.

Para autores como Pires (1994) e Bellier (2001), a competência é o conhecimento reconhecido que confere ao indivíduo o direito de julgar ou decidir sobre determinado assunto. É considerado um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência adquirida ao longo da vida, de forma empírica não sistematizada, e que se manifesta em situações específicas de trabalho.

Mas a experiência tem vindo a demonstrar que as pessoas que possuem os conhecimentos e dominam as técnicas, nem sempre os sabem utilizar devidamente, em determinado contexto laboral ou não têm reunido as condições para o exercício de competência (Le Boterf, 2000).

De acordo com Flück (2001) o conceito de competência tem vindo a evoluir e tem-se estabilizado como sendo uma combinação de conhecimentos, saber-fazer e comportamentos profissionais necessários para responder às situações profissionais evolutivas, estruturadas na acção.

Este conceito, segundo Ceitil (2006), surgiu com David McClelland na década de 70, quando, no âmbito da Psicologia, questionava as tradicionais medidas das aptidões e a sua relação com o desempenho “performance profissional”. Para este autor o que importa não é tanto o perfil de capacidades, mas os modos concretos que utiliza para mobilizar as suas capacidades para acções concretas. Neste âmbito salientam-se as qualidades pessoais, motivações, experiência e características comportamentais evidenciadas em determinados contextos.

Mais tarde, na década de 80, Boyatzis enfatiza a perspectiva das competências como características intrínsecas que predizem o comportamento da pessoa relacionado com o desempenho e o sucesso da mesma.

No entanto é com Spencer e Spencer, na década de 90, que surge a analogia das competências com um *iceberg*, em que tudo o que se situa na parte visível se relaciona com as habilidades e os conhecimentos, enquanto na parte invisível se localizam os traços, valores, motivações e auto-conceito que caracterizam a personalidade da pessoa.

Além dos autores já referidos, outros contribuíram para aprofundar o conceito de competência. Perante o confronto com a diversidade de conceitos sobre competências, Serrano (2008), tendo por base vários autores (Le Boterf, 1994, 2003; Abreu, 2001; Costa, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2003; Sá-Chaves, 2004; Cachapuz, 2004), identificou, através da análise de conteúdo, as componentes essenciais e estruturantes do conceito de competência. Assim, para Serrano (2008, p. 80) o resultado da operacionalização da competência “é objectivado na visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados e reconhecida pelo sujeito alvo de cuidados”.

Dos estudos e trabalhos realizados pelos diversos autores referenciados anteriormente, e considerando que se encontram em concordância na maior parte dos casos, consideramos competência profissional a combinação dos conhecimentos, das experiências e comportamentos exercidos num dado contexto, tendo por base as atitudes e características individuais de cada profissional.

Seguidamente, analisaremos as competências relacionais de ajuda no contexto específico da prática profissional.

### **1.2.2 – Competências Relacionais de Ajuda**

Após a análise do quadro geral das competências necessárias para a prática de enfermagem, evidenciamos as competências relacionais de ajuda no contexto da prática de cuidados, estudadas e descritas por Ferreira (2004) que, baseando-se em autores como Carkhuff, Rogers, Chalifour, Egan e Lazure, desenvolveu um estudo, através do qual construiu o Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA), composto por quatro dimensões que definem os tipos de competências a desenvolver, de forma a estabelecer uma relação de ajuda em enfermagem. Esta autora classificou as dimensões em competências genéricas, empáticas, de contacto e de comunicação.

Este Inventário teve como base conceptual os pressupostos descritos no Quadro 1.

**Quadro 1 – Base conceptual do Inventário de Competências Relacionais de Ajuda**

Subescalas	Conceitos	Exemplo de itens
<b>Competências Genéricas</b>	CONHECIMENTOS – O saber refere-se à capacidade científica de atender as necessidades em cuidados de enfermagem específicos de cada pessoa. -Conhecimentos de si -Conhecimentos profissionais	-Como enfermeiro a minha ajuda ao outro é um processo dinâmico que evolui no tempo e no espaço
<b>Competências de Contacto</b>	-HABILIDADES DE INTERACÇÃO – O modo como o enfermeiro comunica e toca no utilizador dos cuidados de saúde, influencia o conteúdo das trocas entre ambos. - Olhar - Toque - Distâncias - Escuta - Meios de comunicação	-A distância que adopto com o utilizador dos cuidados de saúde é reveladora da importância que ele tem para mim.  -No decurso da relação de ajuda, uso o silêncio como meio de comunicação com o utilizador dos cuidados de saúde
<b>Competências de Comunicação</b>		
<b>Competências Empáticas</b>	ATITUDES DE INTERACÇÃO – Atitude pela qual o enfermeiro reconhece o utilizador dos cuidados de saúde como único, compreende o seu ponto de vista e aceita o seu mundo. -Compreensão empática -Respeito caloroso -Autenticidade -Especificidade	-Na compreensão empática procuro apreender os dados obtidos como sendo o próprio utilizador dos cuidados de saúde.

Fonte: Ferreira; Tavares & Duarte (Junho, 2006, p. 52).

Na concepção de Ferreira, Tavares, Duarte (2006, p. 60), a dimensão competências genéricas revela a “forma como o enfermeiro entende o outro, o seu trabalho e a sua pessoa”. Para estes autores esta dimensão refere-se aos conhecimentos, nomeadamente, à capacidade científica de atender às necessidades em cuidados de enfermagem específicos de cada pessoa, enfatizando os conhecimentos de si e dos profissionais.

Na concepção destes autores, as competências de comunicação e de contacto têm a ver com o modo como o enfermeiro comunica e toca no utilizador dos cuidados de saúde, influenciando o conteúdo das trocas entre ambos. Nestas dimensões a autora enfatiza o olhar, o toque, as distâncias e a escuta como atitudes importantes no estabelecimento de uma relação de ajuda.

Para os mesmos autores, outra dimensão das competências essenciais para o estabelecimento de “relação de ajuda” é a competência empática que se traduz na atitude pela qual o enfermeiro reconhece o utilizador dos cuidados de saúde como único,

compreende o seu ponto de vista e aceita o seu mundo. Nesta dimensão os autores enfatizam a compreensão empática, o respeito caloroso, a autenticidade e a especificidade.

Visto que, o ser humano só consegue satisfazer “as suas necessidades fundamentais como a segurança, estabilidade, amor e pertença, auto-estima e auto realização” através da relação com o outro, torna-se fundamental o desenvolvimento das competências relacionais de ajuda no exercício da profissão de enfermagem (Ferreira, Tavares e Duarte, 2006, p. 53). É pois este aspecto que iremos desenvolver em seguida.

### **1.2.3 – Desenvolvimento de competências relacionais nos enfermeiros**

Norteados pela problemática do estudo que pretendemos realizar, e para uma maior compreensão da temática a estudar, em seguida faremos uma breve abordagem a alguns modelos teóricos para o desenvolvimento de competências.

Para Martin e Savary (1998) o desenvolvimento de competências visa atingir a mestria numa actividade, sendo esta mestria resultante da combinação dinâmica dos saberes teóricos, do saber fazer e de atitudes, relativa a uma situação ou situações.

Segundo Carper (1978) a enfermagem mobiliza vários saberes tais como:

- Saber empírico ou ciência de enfermagem, identificado a partir da observação e validado por outros;
- Saber do domínio do conhecimento científico, baseado numa teoria, e sustentado por método científico com base num raciocínio lógico a partir de um problema identificado;
- Saber ético, que se fundamenta na interacção existente no processo de cuidar e que fundamenta todas e quaisquer tomadas de decisão em juízos ético-morais;
- Saber pessoal fundamental no contexto da interacção. Evidencia-se a competência que o enfermeiro tem de se conhecer, ou seja, qual o conhecimento que tem de si próprio e como o mobiliza na relação com o outro;
- Saber estético ou arte de enfermagem, mobilizado enquanto relação com o outro, ou seja, na busca de significado pessoal das próprias vivências como utilização (arte) em novas situações.

Este facto traduz-se em momentos criativos pela unicidade e singularidade das situações. Em quaisquer destes saberes, constatamos a mobilização de competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas), competências afectivas (a arte de cuidar) e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações).

Estes saberes encontram fundamentos teóricos no pensamento de Le Boterf (2000, 2002, 2003, 2005) ao sustentar que o conjunto dos saberes específicos de uma profissão, visam, não só os conhecimentos, mas também a forma como se faz, porque se faz e como se aprende. Para este autor, os conhecimentos que descrevem as competências profissionais, referem-se ao conjunto estabilizado de saberes, de saberes-fazer, condutas-tipo e processos estandardizados de tipos de comportamentos que o profissional coloca na acção.

Na óptica de Martory e Crozet (1998) a definição de uma profissão assenta numa base de quatro parâmetros: saberes (conjunto de conhecimentos gerais e especializados); saberes-fazer (matrizes de ferramentas e métodos que são utilizados e transferíveis para contextos de trabalho bastante diversificados); saber-ser (dizem respeito às atitudes, comportamentos pessoais face ao trabalho e modos desejáveis de agir e de intervir); e saber-evoluir (possibilidade de progredir na profissão, outros tipos de actividade que desenvolvam o potencial individual, flexibilidade, adaptabilidade e mobilidade). No contexto actual estes parâmetros estão a tornar-se cada vez mais importantes devido à necessidade de desenvolver e integrar vários papéis dentro da organização.

Ao propor o modelo de desenvolvimento de competências baseado em autores como Dreyfus e Dreyfus (1986) e nas teorias do ensino experiencial, Benner (2005) chama a atenção para a necessidade de haver um grande sentido de responsabilidade face às dimensões éticas e relacionais que devem estar inerentes às perícias clínicas, por forma a que ocorra aprendizagem em contextos de grandes especificidades e complexidades.

Esta abordagem traduz o processo individual de caminhada de desenvolvimento profissional e descreve o modo como os factores pessoais e os de suporte ao indivíduo são determinantes para esse desenvolvimento. Para Ceitil (2006) os factores pessoais são as suas aptidões, os traços de personalidade, os conhecimentos que detém, a sua experiência, tudo o que capacita o indivíduo a estruturar a sua acção num determinado contexto. Enquanto os factores de suporte, são todos os mecanismos organizacionais necessários à acção do indivíduo num determinado contexto.

Autores, como Adam (1994), Collière (1999), Queirós (2004) e Dias (2006), evidenciam nos seus estudos a necessidade de existirem programas específicos de formação ao nível da componente relacional, considerando que esta permite que o enfermeiro desenvolva com plenitude o seu papel autónomo e que o faça utilizando a relação de ajuda como base terapêutica, e não deixando escapar, aquilo que pode parecer periférico, para outros profissionais (Queirós, 2004).

Na opinião de Graveto (2005), as práticas reflexivas e a participação crítica, com o envolvimento dos diferentes actores, permitem a construção e desenvolvimento das competências necessárias à prestação de cuidados de enfermagem.

Por outro lado, para Guittet (1994, p. 13) “o domínio de uma competência não é um fenómeno estável e definitivo. Tem um ciclo de desenvolvimento próprio de todo o sistema humano com as fases de aprendizagem, de eficácia e declínio”. Este autor inclui ainda a diversidade cultural inerente à pessoa, o contexto e o universo como dimensões da complexidade da competência.

Por este motivo, os contextos da saúde tornam-se desafiadores na resposta a objectivos de *performance* (Le Boterf, 2003). Para tal, é necessário mobilizar um conjunto de recursos internos e externos da pessoa, a constituição de um *habitus* do serviço e gerir uma multiplicidade de variáveis do contexto, onde o modo de agir do profissional caracteriza o seu nível de desempenho e a acomodação das aquisições das aprendizagens efectuadas.

Para este autor a operacionalização das competências é resultante das qualidades pessoais, da experiência, da formação e das condições nas quais ele se encontra em situação de trabalho, conforme demonstra a Figura 2.



**Figura 2 – Condições de operacionalização de competências**

Fonte: Adaptado de Le Boterf (2003, p. 157)

Podemos considerar que estamos perante uma abordagem construtivista das competências, dado que, segundo Pires (2005, p. 304), tendo por referência vários autores (Merle; Trépos; Turkal; De Terssac; Wittorsky), “a construção das competências é progressiva, e a experiência assume um papel determinante no processo de consolidação dos saberes”. Para esta autora, as competências desenvolvem-se com o tempo e em situações específicas, sendo o contexto fundamental. Por outro lado, na óptica da mesma autora, as competências articulam-se com as aprendizagens adquiridas formalmente e no percurso de vida do sujeito (Pires, 2005).

Sobre a aprendizagem em contexto existem vários autores (Kolb, 1984; Abreu, 2001; Kolb e Kolb, 2005) que tem abordado esta temática.

De seguida apresentamos a teoria de aprendizagem experiencial de Kolb (1984) por entendermos que se adequa à aprendizagem que os enfermeiros realizam nos contextos de trabalho e que nos ajudará a identificar a forma como os enfermeiros aprendem através da experiência nos contextos de trabalho, bem como, a compreender qual o modo de aprendizagem predominante no contexto que iremos estudar.

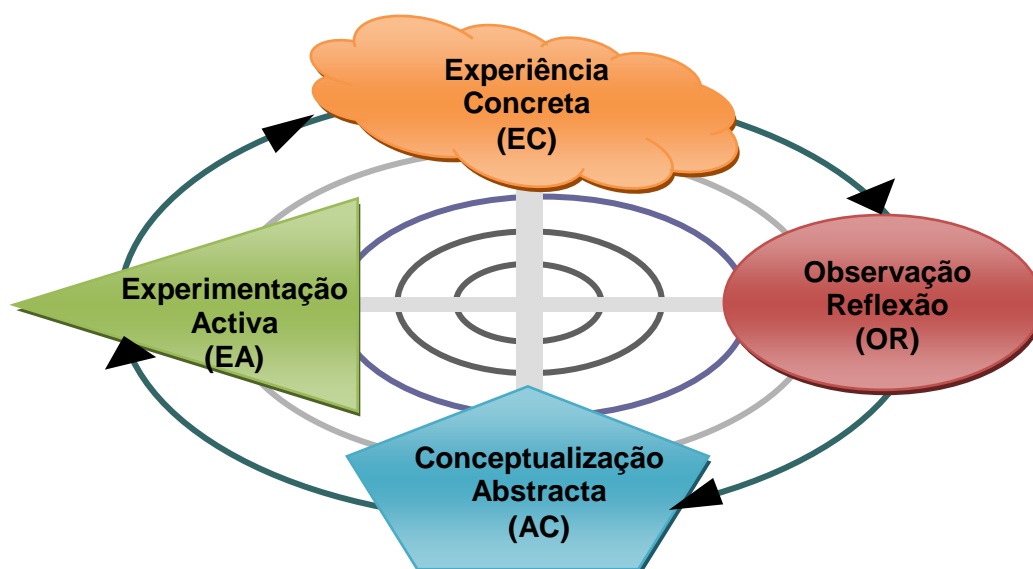
### **Teoria de aprendizagem experiencial de Kolb**

A Teoria de Aprendizagem Experiencial (TAE), segundo Kolb e Kolb (2005, 2008), baseia-se no trabalho de John Dewey, Kurt Lewin, Jean Piaget, William James, Carl Jung, Paulo Freire, Carl Rogers e outros académicos do século XX. Ainda na óptica destes autores, a TAE pretendeu desenvolver um modelo holístico do processo de aprendizagem experiencial e um modelo multilinear do desenvolvimento do adulto. A teoria, descrita

detalhadamente em *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development* (Kolb 1984), baseia-se em seis pressupostos que são partilhados por estes académicos (Kolb e Kolb, 2005).

1. A aprendizagem é melhor entendida como um processo e não em termos dos resultados (...).
2. Toda a aprendizagem é reaprendizagem (...).
3. A aprendizagem requer a resolução de conflitos entre modos dialecticamente opostos de adaptação ao mundo. (...). No processo de aprendizagem, é-nos exigido movimentarmo-nos entre modos opostos de reflexão e acção e de sentir e pensar.
4. A aprendizagem é um processo holístico de adaptação ao mundo. (...)
5. A aprendizagem resulta das transacções sinérgicas entre a pessoa e o ambiente (...)
6. A aprendizagem é o processo de criação do conhecimento. (...) (Kolb e Kolb, 2005, p. 2).

Kolb (1984, p. 41) considera que a aprendizagem é um “processo pelo qual o conhecimento é criado através da transformação da experiência. Este autor tentou representar o processo de aprendizagem pela experiência num ciclo, envolvendo quatro modos adaptativos de aprendizagem: experiência concreta, observação reflexão, conceptualização abstracta e a experimentação activa (Figura 3).



**Figura 3 – Processo cíclico de aprendizagem**

Fonte: Adaptado de Kolb (1984, p. 21)

A experiência concreta e imediata, considerada a base da observação reflexiva de que derivam as ideias, conceitos e hipóteses – a conceptualização abstracta – que irão ser testadas novamente pela experiência – experimentação activa.

Estas quatro formas de aprendizagem são essenciais para uma aprendizagem eficaz, na qual a pessoa, se quiser aprender, deve ser capaz de se envolver em novas experiências (EC), reflectir sobre essas experiências e observá-las de vários pontos de vista (OR), criar conceitos que integrem essas observações em teorias lógicas (CA) e utilizar essas teorias para tomar decisões e resolver problemas (EA) (Kolb, 1984; Botelho, 1993; Kolb e Kolb, 2005, 2008).

Assim, um *score* elevado na Experiência Concreta corresponde a uma aprendizagem baseada na experiência. Segundo os autores atrás referidos, estas pessoas têm tendência para serem empáticos e orientados para os outros, aprendem melhor a partir de exemplos particulares onde se sentem envolvidos e tiram vantagem do intercâmbio e da discussão.

Um *score* elevado em Observação Reflexiva indica uma orientação para a reflexão sobre as experiências para formularem um julgamento. Estas pessoas preferem situações de aprendizagem em que seja utilizado o método expositivo.

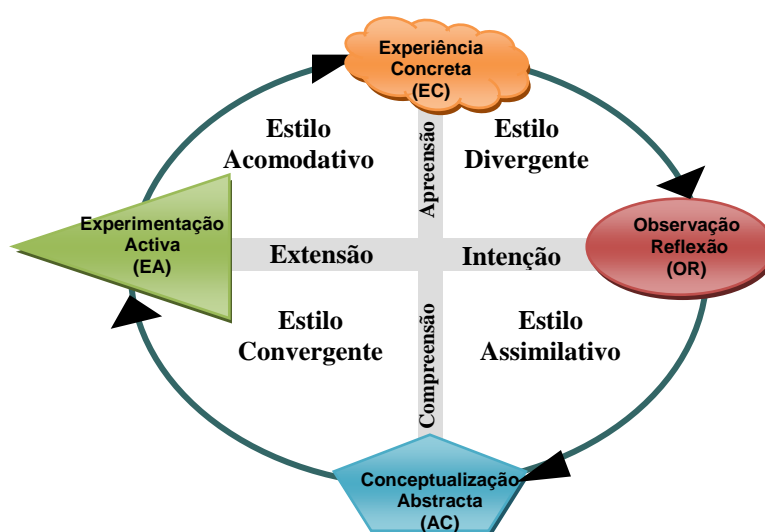
Por outro lado, um *score* elevado na Conceptualização Abstracta significa um modelo analítico e conceptual de aprendizagem que está relacionado com o pensamento lógico e a avaliação racional. Na concepção de Kolb e Kolb (2005, 2008) estas pessoas interessam-se mais pelos objectos e símbolos do que pelas pessoas, aprendem melhor em situações de aprendizagem estruturada.

Já um *score* elevado em Experimentação Activa denota uma orientação para aprendizagem pela acção, baseada na experimentação. Estas pessoas aprendem melhor quando se envolvem em projectos ou em discussões em pequenos grupos, não gostam de situações de aprendizagem passivas.

Ainda na óptica de Kolb e Kolb (2005), a base do processo de aprendizagem reside nas transacções entre estes quatro modos de aprendizagem e o resultado da dialéctica adaptativa. A dicotomia abstracto-concreto refere-se à apreensão, representando dois processos diferentes e opostos de interiorizar a experiência: um primeiro processo, ligado à interpretação conceptual e às representações simbólicas (compreensão) e um segundo processo, referente à percepção e à imitação (apreensão).

Por seu lado, para os autores atrás referenciados a dicotomia activa/reflexiva, sugere transformação. Engloba duas formas distintas de transformar a representação figurativa da experiência: reflexão interna (intenção) e manipulação activa e externa (extensão).

Na óptica de Kolb e Kolb (2005), o conhecimento resulta da combinação entre a experiência percebida e a transformação da mesma. Uma vez que, há duas formas distintas de apreensão e igualmente duas de transformação, o resultado são quatro estilos de aprendizagem: convergente, divergente, assimilativo e acomodativo (Figura 4).



**Figura 4 – Processo de aprendizagem pela experiência**

Fonte: Adaptado de Kolb (1984, p. 42)

O estilo de aprendizagem convergente está fundamentalmente ligado à maior apetência para a conceptualização abstracta e para a experimentação activa. Daí, estes indivíduos apresentarem maior capacidade de resolução de problemas, tomada de decisão e aplicação prática das ideias. Apresentam uma maior facilidade em lidar com problemas de ordem técnica, em detrimento de situações de ordem relacional ou interpessoal (Kolb e Kolb, 2005; 2008).

Por outro lado, para estes autores, o estilo de aprendizagem divergente situa-se no pólo oposto do convergente: enfatiza a experiência concreta e a observação reflexiva. Demarca-se pela capacidade de avaliar situações sob diversas perspectivas, apresentando uma maior

predominância da observação sobre a acção. O estilo de aprendizagem é denominado como divergente porque o indivíduo consegue criar ideias alternativas e prever implicações. Demonstra interesse pelas relações interpessoais e desenvolve com elevada acuidade as competências de ordem relacional ou interpessoal. Para Kolb e Kolb (2005, p. 5) “um indivíduo com um estilo divergente tem a Experiência Concreta e a Observação Reflexiva como capacidades de aprendizagem dominantes”.

Kolb (1984) acrescenta que o estilo de aprendizagem assimilativo demarca-se pela conceptualização abstracta e pela observação reflexiva. O indivíduo encontra-se menos orientado para as relações interpessoais e mais para o mundo das ideias e dos conceitos abstractos. Demonstra uma preocupação menor com a aplicação prática das ideias e maior com a lógica e precisão das mesmas. Segundo Kolb e Kolb (2005, p. 5) “um indivíduo com estilo assimilador tem a Conceptualização Abstracta e a Observação Reflexiva como capacidades de aprendizagem dominantes”.

Por outro lado, para Kolb (1984) o estilo acomodativo situa-se no pólo oposto do assimilativo, enfatiza a experiência concreta e a experimentação activa. Este estilo é denominado acomodativo porque o indivíduo tem necessidade de se adaptar para alterar as circunstâncias. Estes indivíduos caracterizam-se pela tendência para resolver os problemas de uma forma intuitiva e por tentativa e erro, pelo envolvimento na acção e por desenvolverem facilmente relações interpessoais. Kolb e Kolb (2005, p. 5) consideram que “um indivíduo com um estilo acomodado tem a EC e a EA como capacidades de aprendizagem dominantes”.

Na perspectiva de Kolb (1984), o processo de aprendizagem não assume as mesmas características em todos os indivíduos. Assim, na perspectiva deste autor, o indivíduo desenvolve estilos de aprendizagem que enfatizam o desenvolvimento de determinadas competências em detrimento de outras, tendo, neste caso, uma grande influência as histórias de vida, as exigências do contexto, a socialização na família, na escola e no trabalho.

Kolb e Kolb (2005, p. 4) defendem que “a aprendizagem é o principal determinante do desenvolvimento humano e que a forma como os indivíduos aprendem molda o curso do seu desenvolvimento pessoal”. Para estes autores “devido ao nosso equipamento hereditário, às nossas experiências de vida particulares e às exigências do nosso ambiente actual, desenvolvemos uma maneira preferida de escolhermos de entre os quatro modos de aprendizagem”.

Kolb (1984) acrescenta que os contextos têm uma influência preponderante na forma como o indivíduo processa a informação, promovendo o desenvolvimento de determinadas competências e identidades sociais e profissionais congruentes com as características do meio. Assim, segundo este autor, as tipologias dos contextos de aprendizagem correspondem às tipologias dos estilos de aprendizagem, dado que, o estilo de aprendizagem é condicionado e reforçado pelo uso repetido de determinadas competências típicas ou exigidas nesse contexto. Neste âmbito, os contextos de aprendizagem divergentes enfatizam o uso de competências de relação; os contextos de aprendizagem assimilativos enfatizam o uso de competências de conceptualização; os contextos de aprendizagem convergentes enfatizam o uso de competências de experimentação e os contextos de aprendizagem acomodativos enfatizam as competências de acção.

De seguida apresentamos os modelos de desenvolvimento de competências de Bronfenbrenner e de Wittorski, por entendemos que poderão contribuir para a compreensão do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda dos enfermeiros no contexto de trabalho.

### **Modelo de Bronfenbrenner**

Bronfenbrenner (1996) formulou a sua teoria enfatizando o desenvolvimento da pessoa na interacção com o ambiente natural em que vive. Mais tarde, Bronfenbrenner e Morris (1998), no modelo bioecológico, reforçam a interacção da pessoa com as suas características biopsicológicas com outras pessoas mas, também, com objectos e símbolos. No modelo bioecológico são representados quatro dimensões multidireccionais inter-relacionados, o que é designado como modelo PPCT “Pessoa, Processo, Contexto e Tempo”.

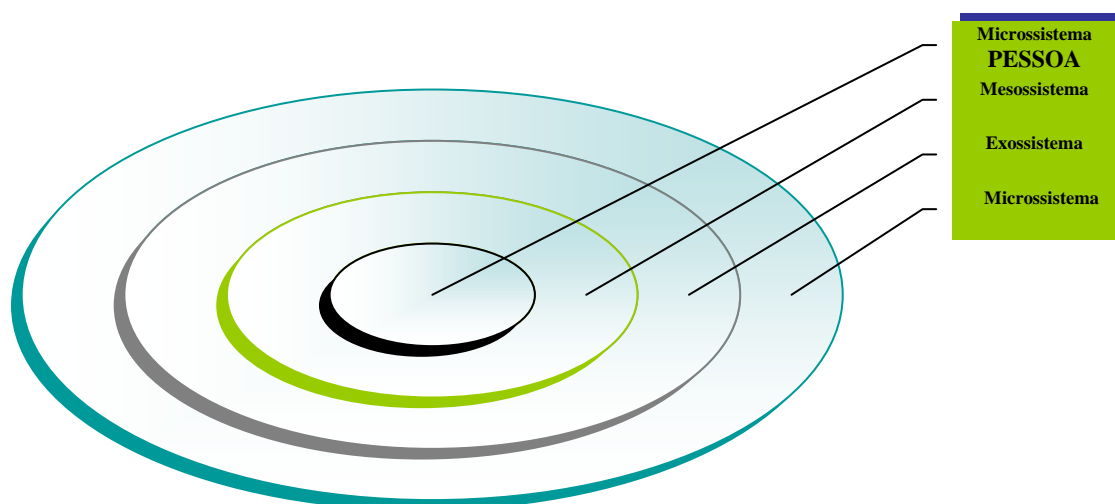
A Pessoa: refere-se ao fenómeno de mudanças e constâncias na vida do ser humano em desenvolvimento, no decorrer da sua existência. O autor considera as características individuais do indivíduo (qualidades pessoais, convicções, temperamento, motivações e metas pessoais) como factores que podem influenciar ou moldar o curso do desenvolvimento humano.

O Processo: tem a ver com a ligação entre os diferentes níveis e é constituído por papéis e actividades diárias da pessoa em desenvolvimento.

O Contexto: é considerado o meio ambiente global em que o indivíduo está envolvido e onde se desenrolam os processos desenvolvimentais.

O Tempo: é entendido no sentido histórico, sendo este um factor de influência quer a nível do indivíduo quer dos grupos e ao longo dos tempos.

O modelo bioecológico, desenvolvido pelo autor, privilegia, assim, o desenvolvimento de forma contextualizada visando apreender a realidade de forma abrangente, tal como é vivida e percebida pelo ser humano no contexto de trabalho. Não se limita apenas a um ambiente único e imediato e deve ser “concebido topologicamente como uma organização de estruturas concêntricas, cada uma contida na seguinte”, assim designadas por microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema, onde a pessoa assume o centro do sistema, como se verifica na Figura 5.



**Figura 5 – Modelo de Bronfenbrenner**

Fonte: Adaptado de Bronfenbrenner (1996, p. 18)

Como podemos verificar na Figura 5, no modelo de Bronfenbrenner, cada organização de estruturas concêntricas tem uma designação com características particulares que apresentamos em seguida:

- O microssistema - nível mais interno, é o ambiente imediato da pessoa em desenvolvimento. Corresponde a “um padrão de actividades, papéis e relações

interpessoais experienciado pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente com características físicas e materiais específicas” (Bronfenbrenner, 1996, p. 18).

- O mesossistema compreende as inter-relações entre dois ou mais ambientes em que a pessoa participa activamente ao longo do seu desenvolvimento. A pessoa é um agente activo, ou seja, o desenvolvimento desta está directamente relacionado com o número de contextos em que a pessoa participa. Posiciona o profissional na interacção de cuidados: sujeito-sujeito, sujeito-serviço, sujeito-família, sujeito-comunidade.
- O exossistema refere-se aos ambientes em que a pessoa não interage de forma activa e directa, mas é directamente influenciado por eles, como as decisões do enfermeiro-chefe, objectivos institucionais, organização dos cuidados.
- O macrosistema, a última estrutura do contexto ambiental, refere-se aos “protótipos gerais” de uma sociedade, crenças, valores, formas de ser e de fazer de um povo, neste caso, a missão da saúde em Portugal, a filosofia dos cuidados de saúde e as directivas gerais de saúde.

Neste modelo salienta-se o mérito das relações entre as pessoas, como factor de desenvolvimento. Para Bronfenbrenner se um dos membros do par passar por um processo de desenvolvimento, contribui para que o outro membro também se desenvolva. Para o autor “uma díade é formada sempre que duas pessoas prestam atenção nas actividades uma da outra ou delas participam” (1996, p. 46).

### **Modelo de Wittorski**

O desenvolvimento das competências pode ser entendido como sendo o resultado, não só de aprendizagem individual mas, também de um colectivo de trabalho tendo em conta a articulação do percurso de socialização e da biografia do sujeito, no campo da experiência profissional e no campo da formação (Wittorski, 1998).

Na concepção deste autor, o desenvolvimento das competências articula as ciências cognitivas com as ciências da acção e resulta da articulação entre cinco componentes e três níveis. Como componentes considera:

- A componente cognitiva, constituída pelos saberes e conhecimentos formais e as representações do sujeito sobre a situação;

- A componente afectiva, constituída pela imagem de si, o investimento efectuado na acção relacionado com o prazer ou desprazer, além da motivação do sujeito para a realização da acção;
- A componente social, integrando o reconhecimento efectuado pelo grupo (micro), pela organização e a sociedade (macro);
- A componente cultural, relacionada com a forma como a cultura da organização influencia as competências produzidas. Esta componente projecta-se no nível micro, resultado da influência do nível macro e meso;
- A componente praxeológica, refere-se ao aspecto visível e observável da competência. O seu produto é demonstrado no desempenho, objecto de avaliação social.

Como níveis considera:

- Nível micro, referente ao indivíduo ou ao grupo;
- Nível meso, referente ao meio social imediato, como o grupo de pertença e o local de trabalho;
- Nível macro, referente à organização como um todo.

Neste sentido, o autor é da opinião de que o desenvolvimento de competências é o resultado da negociação e do reconhecimento pelos actores no contexto de trabalho.

Da articulação entre os níveis e as componentes resultam cinco processos de desenvolvimento de competências, definidos por Wittorski (1998), que se assemelham aos processos de desempenho dos profissionais de enfermagem em contexto de trabalho.

Este autor apresenta a seguinte designação para os processos:

- Processo de formação em situação de trabalho. A aquisição de competências faz-se através da acção, normalmente sem apelo à reflexão. O autor designa-as como “competências incorporadas”, ou seja, favorecem a aquisição de rotinas, podendo mesmo tornar-se específicas;
- Processo de formação em alternância, resultado da articulação de saberes teóricos e da produção de competências em estágio. Trata-se de uma lógica de “reflexão e acção”. Existe uma postura reflexiva, face a novas situações;
- Processo de análise de situações práticas, situado em contexto de trabalho. As competências resultam da transformação de saberes na acção; trata-se de uma “lógica de reflexão sobre a acção”;
- Processo de “lógica de reflexão para a acção”, situada na definição de novas práticas. Este processo resulta da resolução de problemas. Esta lógica é antecipadora da mudança, produzindo as denominadas “competências de progresso”;
- Processo de integração dos saberes teóricos. Estes, quando contextualizados, alimentam as práticas numa lógica de integração/assimilação.

Ainda na óptica deste autor, as competências individuais constroem-se e mobilizam-se na interacção com o meio, encontrando-se na base das competências partilhadas (competências socializadas, transmitidas de indivíduo para indivíduo através da demonstração ou explicação); as competências colectivas são co-produzidas e inéditas, não resultam de competências preexistentes; as competências adaptadas surgem no caso de uma situação necessitar apenas de uma adaptação dos modelos de acção habituais; as competências de transformação resultam da mobilização de uma situação inédita que põe em causa os modelos habituais de acção.

Assim, na concepção deste autor, a lógica da reflexão e da acção faz emergir novos saberes na acção, ligados normalmente ao saber-fazer; a lógica da reflexão sobre a acção produz novos saberes sobre a acção; a lógica da reflexão para a acção elabora novos saberes para a acção (reflexão antecipadora da mudança), originando novas sequências operativas; a lógica da assimilação/integração produz novos saberes teóricos não ligados à acção.

Verifica-se a existência de processos que promovem desenvolvimento de competências individuais e colectivas ou partilhadas e competências que se constroem em interacção com o meio.

### **Estudos sobre o desenvolvimento de competências nos enfermeiros**

No seguimento da abordagem efectuada aos modelos de desenvolvimento de competências e para uma maior compreensão da temática a estudar apresentamos alguns estudos sobre o desenvolvimento de competências nos enfermeiros.

O material reunido evidenciou que a Enfermagem em Portugal se encontra muito empenhada nesta temática do desenvolvimento das competências, tal como atestam os estudos realizados por Pires (1995), Rodrigues (1998), Eça (1998), Abreu (1998), Fonseca 1999, Santos (2000), Dias (2002), Rocha (2004), Ferreira (2004), Melo (2004), Graveto (2005), Fernandes (2007), Simões (2008) e Serrano (2008). Nestes estudos, predominantemente realizados em contexto do ensino de enfermagem, verifica-se uma grande preocupação com a dimensão relacional, sendo enfatizados como promotores do desenvolvimento destas competências a formação, as dimensões sociais e interpessoais, a prática profissional, a reflexão sobre a prática, os percursos e os contextos de trabalho.

Esta preocupação com o desenvolvimento da dimensão interpessoal no âmbito do ensino em enfermagem está presente no estudo realizado por Rodrigues (1998), que mostrou que

as experiências mais relevantes na aprendizagem do desenvolvimento interpessoal foram o contacto directo com os utentes e o desejo de os ajudar, o que está de acordo com Selman (1980) e Rogers (1985) ao defenderem que são as próprias relações interpessoais que promovem o desenvolvimento de relações interpessoais.

Num estudo desenvolvido por Fonseca (1999), que pretendeu estudar o contributo da formação e da prática profissional no desenvolvimento de competências nos enfermeiros, verificou-se que a dimensão relacional foi a que apresentou mais destaque, comparativamente com as outras dimensões (cognitiva, psicomotora), tendo sido a formação que mais contribuiu para a aquisição de conhecimentos que permitiram esse desenvolvimento.

Por outro lado, o estudo realizado por Rocha (2004) vem contrastar com os obtidos por Fonseca (1999) ao estudar a relação de ajuda em enfermagem com o objectivo de analisar as dimensões da Relação de Ajuda nas práticas dos enfermeiros com formação recente, tendo concluído que o desenvolvimento de competências relacionais não tem relação específica com a formação obtida ao longo do Curso de Enfermagem. Também, Santos (2000) ao estudar a utilização da relação de ajuda em cuidados de enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), verificou que a principal preocupação dos enfermeiros desta Unidade era responder às necessidades biológicas dos doentes e dominar a tecnologia. Este estudo mostra que o contexto específico da UCIC parece promover o desenvolvimento de competências específicas do contexto.

Estes estudos parecem assinalar diferentes perspectivas de um fenómeno complexo enfatizando diversas dimensões nos diversos contextos estudados, denotando-se por vezes alguma divergência de opiniões acerca da formação inicial em enfermagem. É exemplo o estudo de Eça (1998) em que os estudantes enfatizam mais as competências técnicas. No entanto, para esta autora os enfermeiros são de opinião que os recém-formados ainda revelam muita dificuldade nos aspectos técnicos, no saber mobilizar e transferir conhecimentos e atitudes. Por outro lado, neste estudo, os docentes dão mais ênfase para um cuidar ético, tentando distanciar-se do modelo biomédico ou tecnicista que privilegia o tratamento e a cura, enfatizando nos cuidados humanizados os aspectos de relação, relegando para segundo plano a parte técnica da profissão. Esta autora é de opinião que se deve reforçar o diálogo entre as escolas e os hospitais minimizando o desfasamento entre a teoria e a prática.

As preocupações com o processo de articulação entre a teoria e a prática de enfermagem nos recém-formados são bem patentes no estudo fenomenológico realizado por Silva (2004) que pretendeu compreender a construção das práticas dos enfermeiros recém-formados e perceber o papel dos diferentes intervenientes neste processo. Os principais resultados encontrados evidenciam dificuldades inerentes à organização dos cuidados, às diferentes concepções de enfermagem e à reflexão sobre as práticas em contexto de cuidados.

Também, num estudo qualitativo realizado por Fernandes (2007), foi evidenciado a *décalage* entre a teoria e a prática. Na teoria é dada ênfase à importância da comunicação e da relação de ajuda nos cuidados de enfermagem, mas depois, na óptica desta autora, não são essas as imagens da prática, há poucas demonstrações sobre as técnicas de comunicação, valoriza-se pouco este domínio do saber, quer na prática, quer na avaliação final no desempenho dos estudantes. Segundo esta autora, a escassa comunicação desenvolvida pela equipa de saúde com os doentes, faz com que os estudantes “refiram uma grande dificuldade em desenvolver a interacção com os doentes, em interpretar os sinais intencionais nas condutas humanas ou inclusivamente perceber qual o momento ideal de fazer silêncio ou de falar” (Fernandes, 2007, p. 344).

Neste estudo, a autora enfatiza que “a percepção sobre a dinâmica de uma comunicação efectiva, só passa a ser realmente compreendida, quando se confrontam com situações desse tipo e quando as conseguem analisar com ajuda de alguém que está perto, alguém que observou a situação e tenha conhecimento e vontade de ajudar a reflectir com os estudantes sobre o que se passou” (Fernandes, 2007, p. 301).

Esta preocupação com o desenvolvimento de Competências Relacionais de Ajuda está bem patente nos estudos desenvolvidos por Ferreira (2004), Melo (2004) e Simões (2008).

Assim, Ferreira (2004) desenvolveu um estudo sobre as Competências Relacionais de Ajuda em estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem e em enfermeiros que estavam a frequentar o Curso de Complemento. Esta autora estudou as competências relacionais de ajuda e a sua relação com as competências sociais e interpessoais, idade, sexo e outras variáveis sociodemográficas. Neste estudo a autora construiu e validou um instrumento destinado a avaliar as competências relacionais de ajuda (Inventário de Competências Relacionais de Ajuda – ICRA). Para esta autora os resultados obtidos indicam a existência de uma estrutura multidimensional das competências relacionais de ajuda diferenciando-se em quatro dimensões (competências genéricas, competências

empáticas, competências de comunicação e competências de contacto), com correlações positivas entre si. Foi evidenciado neste estudo que, estas dimensões se correlacionam de algum modo com as dimensões das competências sociais e interpessoais.

Neste estudo os enfermeiros, de um modo geral, apresentaram piores resultados em todas as dimensões comparativamente com os estudantes, sendo na dimensão competências empáticas que apresentaram mais dificuldade seguida da dimensão competências de comunicação. No estudo com os estudantes a dimensão em que, em termos globais, obtiveram melhores resultados foi a dimensão competências genéricas e piores resultados nas de contacto o que está de acordo com os resultados obtidos por Melo (2007). Também no estudo realizado por Simões (2008) os enfermeiros obtiveram um valor mais elevado na dimensão competências genéricas e mais baixo nas de contacto.

No estudo, realizado por Melo (2007) em estudantes de enfermagem, utilizando o ICRA, foi demonstrado que as entrevistas realizadas durante o ensino clínico onde foi feita reflexão sobre “relação de ajuda” influenciaram o desenvolvimento de competências relacionais de ajuda. Também Simões (2008), num estudo qualitativo, realizado com estudantes de enfermagem, evidenciou a importância das reflexões/discussões em grupo, como potenciador do desenvolvimento de competências interpessoais e de saber ser em contexto de trabalho. No estudo realizado por Graveto (2005), também, é dado ênfase às práticas reflexivas e participação crítica, com o envolvimento dos diferentes actores, no desenvolvimento de competências necessárias à prestação de cuidados de enfermagem.

Sendo a enfermagem uma profissão centrada no cuidar e na relação (Ordem dos Enfermeiros, 2001), é desejável que os enfermeiros desenvolvam competências técnicas, científicas, mas também competências que lhe permitam desempenhar adequadamente as funções de contacto, como sejam o toque, o olhar, as distâncias, a escuta e os meios de comunicação de forma a que a relação que estabelece com o doente seja terapêutica (Chalifour, 1989; Ferreira, Tavares e Duarte, 2006).

Corroboramos da opinião de Ferreira, Tavares e Duarte (2006, p. 53) quando afirmam que “da mesma forma que procuramos conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de técnicas de enfermagem para os cuidados físicos, também se deve ter a mesma preocupação em relação às habilidades designadas por comportamentos e competências

ligadas às funções de contacto”. O desenvolvimento destas competências é fundamental no exercício da enfermagem.

Segundo os vários autores consultados (Kolb, 1984; Abreu, 1998; Kolb e Kolb, 2005; Ferreira, 2004; Serrano, 2008) para o desenvolvimento destas competências concorrem vários factores, dentre os quais destacamos os contextos de trabalho.

Kolb (1984), Abreu (2001), Kolb e Kolb (2005, 2008) referem que na área da saúde, os contextos que dão ênfase à relação favorecem estilos de aprendizagem divergentes. Assim, na óptica destes autores, o indivíduo, no decurso da sua socialização, para ter sucesso no seio da organização utiliza e desenvolve um determinado conjunto de competências, congruentes com esse contexto, ou seja, de acordo com as exigências do líder.

Ferreira (2004) também analisou a relação existente entre o contexto onde trabalham os enfermeiros e o nível de desenvolvimento de competências relacionais de ajuda e concluiu que as diferenças estatísticas encontradas só eram significativas para a dimensão da comunicação. Os valores médios das competências relacionais de ajuda foram superiores em todas as dimensões excepto na dimensão competências empáticas para os enfermeiros que exercem funções na área de saúde comunitária. Estes resultados vão no sentido do que é descrito por Abreu (2001), no estudo que realizou em três contextos (escola, hospital e comunidade), em que os enfermeiros do centro de saúde evidenciaram o desenvolvimento de competências de relação. Este autor, através do modelo desenvolvido por Kolb (1984), mostrou como os diferentes contextos promovem o desenvolvimento de diferentes competências. O que está de acordo com Kolb (1984) quando refere que os contextos têm uma influência preponderante na forma como o indivíduo processa a informação, promovendo o desenvolvimento de determinadas competências congruentes com o meio. Este autor acrescenta que na área da saúde, os contextos que dão ênfase à relação interpessoal promovem competências de relação.

Também, Pires (1995) estudou os contextos e a formação no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros para satisfazerem a exigência de novas competências profissionais. Nos contextos, identificou situações de instabilidade, incerteza, imprevisibilidade ou mesmo mudanças na natureza do trabalho. Na sua óptica, a formação deve ser desenvolvida no sentido de promover o desenvolvimento de competências adequadas às necessidades dos contextos de trabalho.

Num estudo realizado por Simões (2008), utilizando o ICRA, em enfermeiros a prestarem cuidados a doentes em fim de vida, verificou-se a existência de relação estatisticamente significativa entre as competências relacionais de ajuda e as variáveis importância atribuída à formação contínua sobre “relação de ajuda” e a satisfação com a vida. Neste estudo não se verificou relação estatisticamente significativa entre as competências relacionais de ajuda e as variáveis idade, sexo, tempo de experiência profissional e categoria profissional.

Simões (2008) concluiu que os enfermeiros com maior categoria profissional apresentaram valores médios mais elevados em todas as dimensões das competências relacionais de ajuda. Em consonância com estes resultados, Ferreira (2004) concluiu que são os enfermeiros com categoria de enfermeiro especialista/chefe que apresentam, de um modo geral, um maior nível de competências relacionais de ajuda, sendo as diferenças estatisticamente significativas para as competências de comunicação.

Assim, como para uma maior categoria profissional deve corresponder uma maior responsabilização em termos de qualidade dos cuidados prestados, estes enfermeiros (especialistas/chefes) devem servir de modelos para os restantes enfermeiros, o que vai de encontro à opinião de Casimir *et al.* (2006) quando refere que o líder deve ser um modelo de referência congruente com as práticas.

A este propósito, Serrano (2008, p. 46), num estudo realizado com enfermeiros, enfatiza o processo de desenvolvimento de competências em contexto de trabalho como “um processo supervisory, com uma liderança formal ou informal, legitimada e reconhecida, com reflexão sobre problemas identificados na prática clínica dos cuidados, com consciencialização e partilha colectiva pelos enfermeiros”.

Dado o reconhecimento da importância atribuída à liderança e à gestão na enfermagem, no próximo capítulo fazemos uma breve abordagem à complexidade da liderança e ao papel do enfermeiro chefe nas organizações de saúde.

## **CAPÍTULO 2 – A LIDERANÇA E A GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE**

Neste capítulo fazemos uma breve abordagem à complexidade da liderança onde desenvolvemos o modelo de liderança de Quinn e os papéis de liderança conceptualizados por este autor. Apresentamos, também, alguma pesquisa sobre as organizações de saúde e a enfermagem, nomeadamente, fazendo referência ao papel do enfermeiro chefe e à liderança no desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

### **2.1 – COMPLEXIDADE DA LIDERANÇA**

A liderança existe desde o início das civilizações e é considerada um dos ingredientes essenciais dos processos de mudança em sistemas sociais complexos, como é o caso das organizações de saúde (OPSS, 2011).

Ao longo dos tempos a liderança tem sido um tema central na literatura organizacional, sendo definida e operacionalizada de várias formas, por alguns dos mais reputados investigadores, desde Fred Fiedler que deu início ao modelo contingencial e Hersey e Blanchard, ao modelo de liderança situacional, em meados dos anos 60.

O modelo situacional de Hersey e Blanchard, desenvolvido por Paul Hersey e Kennedy Blanchard baseia-se na ideia de que o estilo de liderança mais eficaz varia consoante a maturidade dos subordinados e consoante as características da situação. Estes autores defendem que um líder eficaz é aquele que consegue identificar e diagnosticar correctamente a situação e o nível de maturidade dos seus subordinados, adoptando o estilo de liderança mais adequado.

Na concepção destes autores, existem quatro estilos de liderança que se adequam às quatro fases de maturidade dos subordinados. Assim, à medida que os subordinados vão atingindo níveis mais elevados de maturidade, o líder deve responder com uma redução do controlo

sobre as pessoas e as tarefas e com uma redução do comportamento de relação/orientação das pessoas.

Outros investigadores na área da liderança deram, também, o seu contributo como Quinn e Rohrbaugh (1983) que através da investigação desenvolvida para a compreensão da eficácia organizacional conceptualizaram o modelo dos valores contrastantes (*Competing Values Framework* – CVF).

A avaliação dos papéis de liderança é muito importante em todas as organizações mas, segundo Mintzberg (1995), nas estruturas de saúde surge amplificada devido a uma necessidade de liderar profissionais pertencentes a estruturas com grande desenvolvimento da base operacional, e com grande diferenciação técnico-científica, onde se centram grande parte dos processos de decisão (Parreira, 2005).

Durante a década de noventa, os papéis de liderança ganharam notoriedade (Hart e Quinn, 1993), daí encontrarmos na literatura uma variedade de papéis descritos. Esta diversidade reflecte diferentes modelos da liderança dos quais se enquadra o modelo dos Valores Contratantes de Quinn que, segundo Hooijberg, Hunt e Dodge (1997), é um modelo diferenciado e privilegiado por ter por base teorias de liderança que contemplam o desempenho de vários Papéis.

### **2.1.1 – O modelo dos Valores Contratantes de Quinn**

Os modelos utilizados em gestão estão em constante evolução e identificar aquele que melhor se aplica às organizações não é tarefa simples, pois isso requer o estudo profundo do contexto interno e externo, assim como o conhecimento das características dos modelos a serem utilizados. Nesta investigação optámos por utilizar este modelo por entendermos ser um modelo diferenciado e contrastante que se adequa à realidade complexa das organizações de saúde.

Assim, o modelo de liderança desenvolvido por Quinn baseia-se em quatro modelos divididos em oito papéis. O Quadro 2 mostra as características de cada um desses modelos.

**Quadro 2 – Características dos quatro modelos de liderança de Quinn**

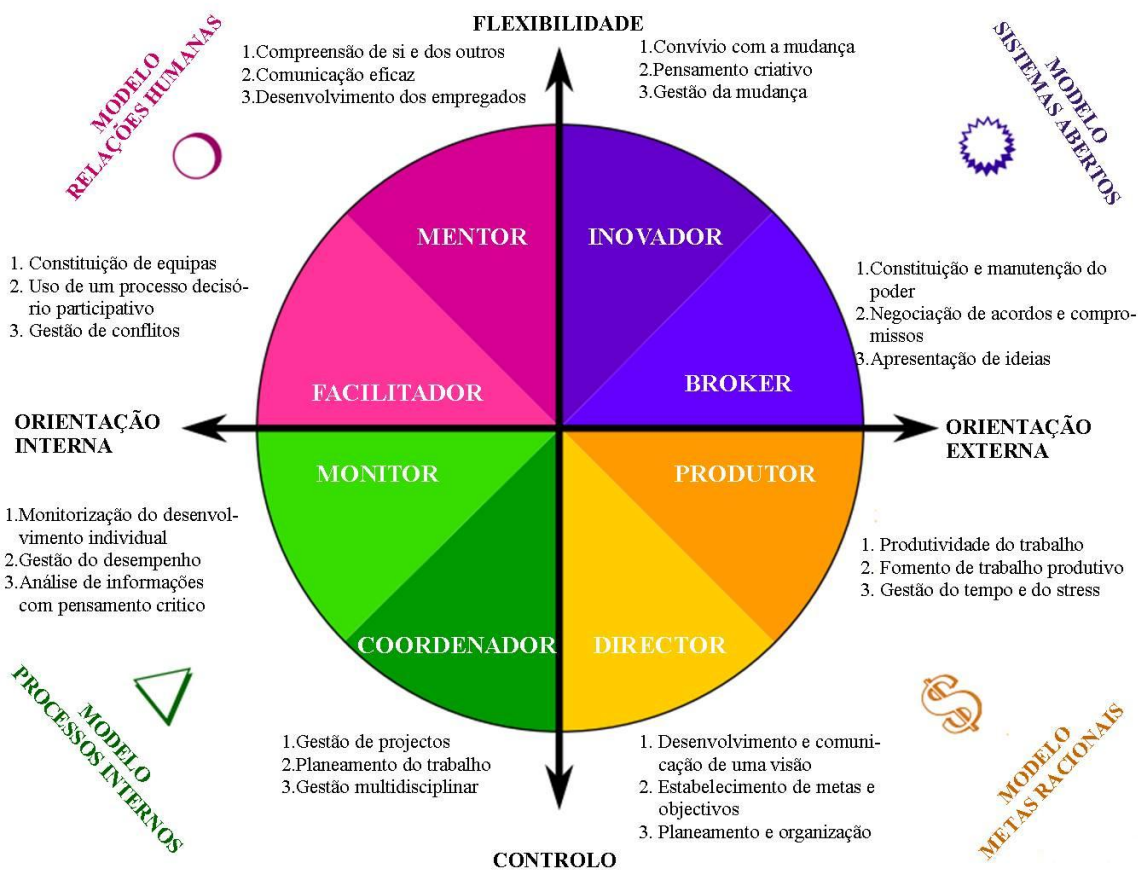
	<b>Objectivos Racionais</b>	<b>Processos Internos</b>	<b>Relações Humanas</b>	<b>Sistemas Abertos</b>
<b>Critérios de eficácia</b>	Produtividade/ lucro	Estabilidade continuidade	Compromisso, coesão, moral	Adaptabilidade, apoio externo
<b>Teoria referente a meios e fins</b>	Uma direcção clara leva a resultados produtivos	A rotina leva à estabilidade	Envolvimento resulta em compromisso	Adaptação e inovação contínuas levam à aquisição e manutenção de recursos externos
<b>Ênfase</b>	Explicitação de metas, análise racional e tomada de iniciativas	Definição de responsabilidade, mensuração, documentação	Participação, resolução de conflitos e criação de consenso	Adaptação política, resolução criativa de problemas, inovação, gestão da mudança
<b>Atmosfera</b>	Económico - racional: "lucro líquido"	Hierárquico	Orientada para as equipas	Inovadora, flexível
<b>Papéis de liderança</b>	Director e Produtor	Monitor e Coordenador	Mentor e Facilitador	Inovador e negociador/ mediador

Fonte: Adaptado de Quinn *et al.* (2003, p. 11)

Este modelo, nomeado como um dos 40 modelos mais importantes da história da gestão (Have *et al.*, 2003), propõe relações específicas entre os oito papéis, que se inscrevem nas duas dimensões-chave da liderança de gestão (flexibilidade/estabilidade e orientação externa/interna) a partir das quais se formam 4 quadrantes (modelo das relações humanas, dos sistemas abertos, objectivos racionais e os processos internos).

A Figura 6 evidencia as duas dimensões-chave da liderança assim como a divisão dos oito papéis de liderança nos quatro modelos. O modelo das relações humanas é representado pelos papéis de mentor e facilitador; o modelo dos sistemas abertos pelos papéis de *broker* e inovador; o modelo dos processos internos pelos papéis de monitor e coordenador e o modelo dos objectivos racionais é representado pelos papéis de produtor e director.

No modelo das relações humanas, que inclui os papéis de *facilitador* e de *mentor*, é dado ênfase ao compromisso, à coesão e à moral. A premissa é que o envolvimento resulta em compromisso; os valores centrais são a participação, a resolução de conflitos e a construção do consenso. A função do gestor é tornar-se um mentor empático e um facilitador centrado nos processos. Para estes autores, os facilitadores fomentam os esforços colectivos, promovem a coesão e o trabalho em equipa e gerem os conflitos pessoais. Os mentores dedicam-se ao desenvolvimento das pessoas mediante a orientação cuidadosa e a empatia; nesse papel, o gestor contribui para aprimorar competências e planear o desenvolvimento individual dos liderados.



**Figura 6 – Modelo dos Valores Contratantes de Quinn: divisão dos papéis nos quatro modelos**

Fonte: Adaptado do modelo de Quinn (Quinn, *et al.*, 2003, p. 17)

Na óptica de Quinn *et al.* (2003) o modelo dos sistemas abertos ocorre devido à necessidade de compreender e administrar num mundo em rápida transformação e no qual o conhecimento é vasto. Como, por um lado, os líderes dispõem de pouco tempo para se dedicarem à organização e ao planeamento e, por outro lado, são forçados a tomar decisões rápidas, os processos fundamentais são a adaptação, a resolução criativa de problemas, a inovação e a gestão da mudança. Assim, segundo estes autores, o gestor deve tornar-se um inovador criativo e um negociador que usa o seu poder para influenciar na organização. Para estes autores os inovadores costumam ser visionários facilitando a adaptação e a mudança, enquanto os negociadores se devem preocupar com a sustentação da legitimidade

exterior e a obtenção de recursos externos; devem ter poder e capacidade de persuadir e influenciar.

Na perspectiva de Quinn *et al.* (2003) o modelo das metas racionais tem como objectivos a produtividade e o lucro. Assim, nesta perspectiva, a função do gestor é tornar-se um director que decide e um produtor pragmático. Como directores, os gestores dão ênfase ao planeamento, ao estabelecimento de metas e definição dos objectivos. Já os produtores são orientados para as tarefas, mantêm o foco no trabalho e manifestam alto grau de interesse e motivação pessoal.

Para estes autores, no modelo dos processos internos, os critérios de eficácia são a estabilidade e a continuidade, baseando-se na premissa de que a rotina promove a estabilidade. Assim, como monitores, os gestores devem saber o que se passa na sua unidade, verificar se as pessoas estão a cumprir as regras, enquanto como coordenadores, os gestores devem dar ênfase à organização e à coordenação dos esforços da equipa.

### **2.1.2 – Papéis de liderança**

Conforme referenciado anteriormente cada modelo é representado por dois papéis. Assim, o modelo dos objectivos racionais é representado pelos papéis de director e produtor; o modelo das relações humanas é representado pelos papéis de mentor e facilitador; o modelo dos processos internos pelos papéis de monitor e coordenador; e o modelo dos sistemas abertos pelos papéis de *broker* e inovador.

Segundo Quinn *et al.* (2003), como director, o líder deve explicitar as expectativas organizacionais por meio dos processos, deve conceber as regras e dar instruções. No papel de produtor, o gestor deve orientar-se para a tarefa, manter o foco no trabalho e mostrar alto grau de interesse, energia e motivação pessoal.

No papel do mentor, o líder deve dedicar-se ao desenvolvimento das pessoas, mediante orientação empática. Tem como principais características ser solícito, atencioso, afável, aberto e justo, escutando reivindicações, distribuindo elogios e reconhecimento.

Como facilitador, o líder deve estimular esforços colectivos, promover a coesão e o trabalho em equipa e gerir conflitos interpessoais. É de extrema importância o uso de

técnicas que ajudem a solucionar conflitos e que favoreçam a colaboração e a participação nos problemas do grupo.

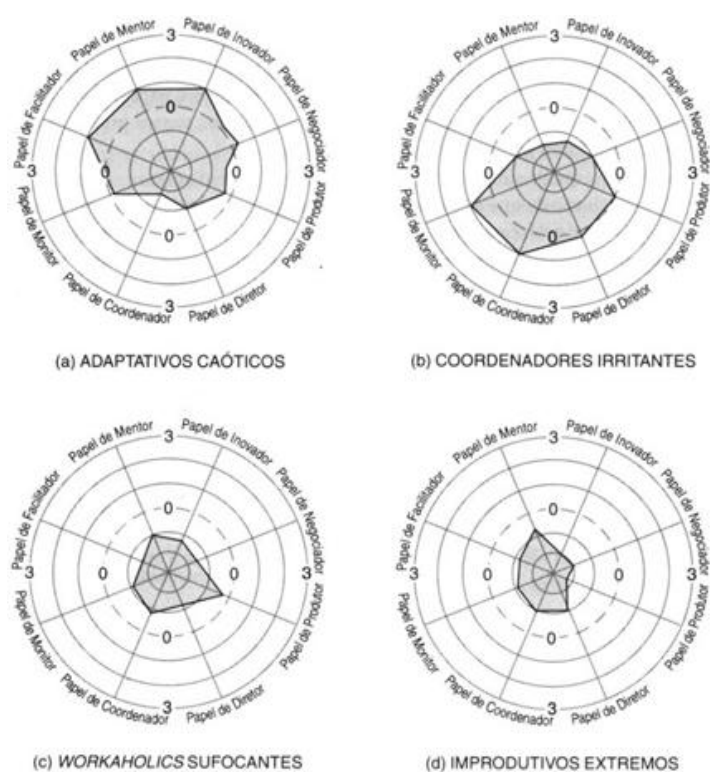
No papel de monitor, o líder deve saber o que se passa na sua unidade, com o objectivo de determinar se os liderados estão a cumprir as regras. Como coordenador, deve dar sustentação e estrutura ao fluxo do sistema. Nesse papel, o líder deve ser digno de confiança e crédito.

Os papéis de inovador e *broker* reflectem os valores dos sistemas abertos. Como inovador, o líder deve facilitar a adaptação e a mudança, devendo, para tanto, estar atento ao ambiente em transformação, identificar tendências significativas e projectar mudanças necessárias. Espera-se, ainda, desse tipo de líder, que seja sonhador, criativo e visionário, capaz de apontar inovações e apresentá-las de forma convincente.

Numa investigação realizada por Parreira *et al.* (2006), que teve como objectivo descrever as características de uma versão portuguesa do questionário de liderança tendo por base o modelo dos valores contrastantes de Quinn (1988), identificou “oito papéis de liderança que os líderes devem desempenhar para serem eficazes” (Parreira *et al.*, 2006, p. 3). Neste modelo o líder eficaz é aquele que consegue desempenhar os oito papéis simultaneamente, contemplando o paradoxo, a contradição e a complexidade (Denison, Hooijberg e Quinn, 1995).

Os perfis ineficazes, considerados por Quinn *et al.* (2003), podem ser identificados na Figura 7. Segundo estes autores, verifica-se que, em algumas situações, o líder apresenta baixo desempenho nos papéis de liderança de uma forma global e, por outro lado, apresenta um desempenho desproporcional, manifestando mais desenvolvidos os papéis localizados nos quadrantes superiores (facilitador, mentor, inovador e negociador). Em contrapartida, o seu desempenho é baixo nos quadrantes inferiores (monitor, coordenador, director e produtor).

Esta situação leva a que o líder não tenha um desempenho eficaz na sua liderança.



**Figura 7 – Líderes com perfil ineficaz de liderança**

Fonte: Quinn *et al.* (2003, p. 378).

Como as organizações de saúde são altamente complexas (Mintzberg, 1995), devido à necessidade de liderar profissionais pertencentes a estruturas com grande desenvolvimento da base operacional, e com grande diferenciação técnico-científica, onde se centram grande parte dos processos de decisão, torna-se determinante que os líderes, para serem eficazes nestas organizações, desempenhem simultaneamente os oito papéis de liderança (Parreira, 2006).

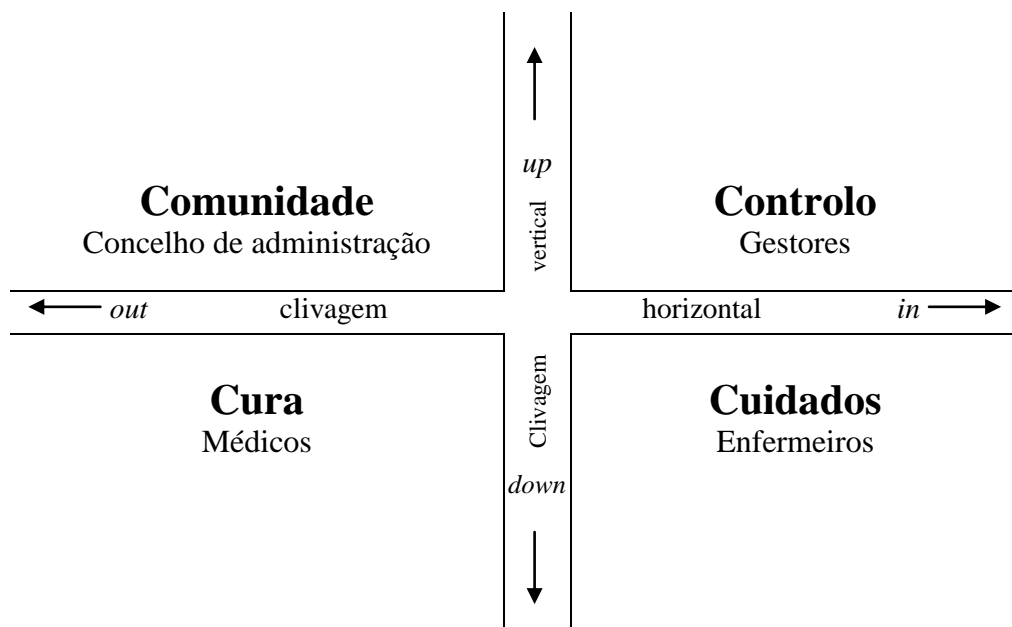
Este facto torna-se ainda mais determinante, no contexto actual em que se verificam profundas mudanças a nível das organizações de saúde, podendo o enfermeiro chefe, líder da equipa de enfermagem, ter um papel muito importante no desenvolvimento de competências nos enfermeiros (Melo e Parreira, 2009a).

Nesta perspectiva, a Ordem dos Enfermeiros (2004) refere que a intervenção dos enfermeiros da área da gestão constitui um importante factor estratégico e é determinante no desenvolvimento dos recursos humanos, através da criação de condições que promovam o exercício profissional de qualidade. É, pois, este aspecto que iremos desenvolver seguidamente.

## 2.2 – GESTÃO E A LIDERANÇA DE ENFERMAGEM NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

O conceito de gestor ainda não está muito bem clarificado, esta situação agrava-se quando nos referimos ao caso particular das organizações de saúde. É vulgarmente aceite a ideia de que a gestão não é mais do que uma expressão para designar o trabalho realizado pelos gestores, e que se relaciona com a organização e regulação do trabalho dos restantes trabalhadores da organização (Flynn, 2002, *in* Carvalho, 2006).

Mas esta ideia de que só os gestores fazem gestão não é verdadeira, dado que, no sector da saúde os profissionais de medicina e de enfermagem estão indubitavelmente envolvidos em actividades de gestão. Procurando contribuir para esta discussão Gloubermans e Mintzberg (2001) propuseram um modelo de análise da gestão dos hospitais e dos sistemas de saúde que procura enfatizar a participação dos diferentes grupos profissionais na gestão. Este modelo pode ser esquematicamente visualizado na Figura 8.



**Figura 8 – Gestão no contexto hospitalar**

Fonte: Gloubermans and H. Mintzberg (2001, p. 60)

Como mostra a Figura 8, os autores diferenciam no seu modelo quatro grupos envolvidos na gestão das organizações hospitalares: médicos, enfermeiros, gestores e administradores. A estes quatro grupos, os autores fazem corresponder um quadro referencial, respectivamente de: cura, cuidados, controlo e comunidade. Para estes autores, grande parte dos conflitos existentes na gestão hospitalar resultam da natureza e da qualidade das interacções que se estabelecem entre estes diferentes grupos (Glouberman e Mintzberg, 2001). A primeira diferença que pode ser estabelecida entre estes grupos diz respeito ao nível organizacional da sua participação. Os médicos e os enfermeiros gerem ao nível da prestação directa com os doentes, enquanto os gestores e os administradores gerem longe do contacto com os doentes. Para além desta linha que os separa ‘horizontalmente’ na organização, existe uma outra que os separa verticalmente. Assim, enquanto os gestores e os enfermeiros trabalham quase exclusivamente dentro da organização, os médicos e os administradores possuem ligações mais fortes com o exterior.

As políticas neoliberais instituídas a partir dos anos 80 levaram à implementação de reformas na administração pública, nomeadamente no sector da saúde, com novos modelos de empresarialização dos hospitais. A imagem do hospital passa a ser uma empresa orientada para critérios de produtividade e lucro (Macedo, 2004). Enfatiza-se nesta dimensão a divulgação dos resultados e a conseqüente desvalorização dos processos, passando a fazer-se uma analogia com as empresas, onde os cuidados de saúde se assemelham a uma linha de montagem, os doentes à matéria-prima e as normas e protocolos aos produtos standardizados. Este facto leva a identificar a noção de eficiência da gestão como fazer mais com menos, e a ser contestada a noção de qualidade como simples critérios de gestão que reforçam a “invisibilidade” do trabalho da enfermagem (Carvalho, 2006).

No mesmo sentido, o relatório anual de síntese da evolução do sistema de saúde português (OPSS, 2001) exprime a rápida evolução na aplicação do conceito de qualidade na saúde, expressando-se, actualmente, em três dimensões complementares: a qualidade em relação à prática profissional, tanto em termos de processo como de resultados (*outcomes*); a qualidade como elemento central da gestão organizacional; e a qualidade como marca de garantia e segurança face ao utilizador dos serviços de saúde (certificação, acreditação).

Assim o “desenvolvimento contínuo da qualidade” passou a ser um dos principais elementos do “pólo de responsabilização” das políticas de saúde: auto-responsabilização no caso do desenvolvimento da qualidade entre pares e responsabilização externa por parte do regulador público e do agente contratualizador, em relação às garantias a dar ao cidadão, contribuinte e utilizador (OPSS, 2001).

Numa intervenção sobre “Liderança para a mudança”, o então ministro da saúde Correia de Campos referiu que os enfermeiros “são líderes naturais” e que a Enfermagem “é a profissão que mais cedo está a trabalhar no processo de reforma da Saúde em Portugal” (Ordem de enfermeiros, 2006, p. 45).

Parece-nos, pelo exposto, que a liderança e a gestão em enfermagem são necessárias para as organizações de saúde, pelo que, de seguida iremos fazer uma breve abordagem ao papel do enfermeiro chefe como gestor de uma unidade de saúde.

### **2.2.1 – O papel do enfermeiro gestor nas unidades de saúde**

Tradicionalmente, os enfermeiros não ocupavam cargos de gestão de topo, embora, historicamente tivessem sido os primeiros a gerir os hospitais (Soares, 1997). Em Portugal, a gestão na enfermagem, tem vindo a acompanhar os progressos ocorridos nesta área; neste sentido e com a republicação da Carreira de Enfermagem em 1981 (Decreto-Lei nº 305/81) os enfermeiros viram consagradas as funções de gestão, mas somente em 1991, com a publicação do Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, alterado pelos Decretos-Lei nº 412/98, de 30 de Dezembro e nº 411/99, de 15 de Outubro, foi clarificado legalmente o direito do enfermeiro ao exercício de actividades de gestão, tendo sido criados vários níveis de gestão em enfermagem, com conteúdo funcional bem determinado: Enfermeiro Chefe; Enfermeiro Supervisor e Director de Enfermagem.

Assim, na estrutura da organização de saúde, os níveis de gestão em enfermagem distribuíam-se por: institucional ( direcção) – Director de Enfermagem (Conselho de Administração do Hospital); intermédio – Enfermeiro Supervisor; e operacional o Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Especialista.

No entanto, num estudo sobre as organizações da Nova Gestão Pública, desenvolvido por Carvalho (2006), foi identificada a perda de poder dos enfermeiros directores que passaram a tomar decisões respeitantes apenas à sua esfera profissional, tendo-se verificado um aumento dos procedimentos burocráticos e funcionais, como os indicadores de desempenho, centrados na perspectiva da obtenção de resultados quantificáveis.

Constatou-se, ainda, neste estudo (Carvalho, 2006) que os profissionais com função de gestão registaram um afastamento da prestação tradicional dos cuidados (centrada na relação com o paciente), a favor de uma maior aproximação aos papéis de organizadores de cuidados, estruturados em torno de uma perspectiva de gestão operacional.

Este facto parece colocar os enfermeiros gestores perante a definição do seu papel profissional, na qual uns assumem, como função principal, a defesa dos interesses dos profissionais de enfermagem, e outros a defesa dos interesses organizacionais. Estes últimos aproximam-se dos pressupostos da Nova Gestão Pública, em particular, sobre a retórica de que a liderança forte promove o controlo organizacional como forma de garantir a moderação dos gastos.

Também com a publicação da nova carreira de enfermagem (Decreto-lei 247 e 248 /2009 de 22 de Setembro) verificou-se uma desvalorização do papel do enfermeiro gestor, dado que, nesta actual carreira estão definidas, somente, duas categorias: de enfermeiro e de enfermeiro principal. O conteúdo funcional do enfermeiro principal, para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro, inclui a gestão do processo de prestação de cuidados de saúde.

De seguida, para uma melhor compreensão do papel desempenhado pelos enfermeiros com funções de chefia nas instituições de saúde, iremos apresentar o conteúdo funcional de acordo com o quadro legal. Optámos por manter as funções de gestão definidas na anterior carreira de enfermagem (Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro), visto que, de acordo com o Decreto-lei nº 122/2010 de 11 de Novembro, os Enfermeiros Chefes mantêm o mesmo conteúdo funcional. Desta forma, e de acordo com os instrumentos que regulam o exercício dos enfermeiros na área da gestão (Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, artigo 8º, Decreto-lei 247 e 248 /2009 de 22 de Setembro e Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, artigo 9º), elaborámos o Quadro 3 onde descrevemos os conteúdos funcionais

legalmente atribuídos aos Enfermeiros Chefes, na área da gestão dos recursos humanos dado ser esse o enfoque deste estudo.

Quadro 3 – Funções de gestão do Enfermeiro Chefe ao nível dos recursos humanos

Carreira de enfermagem		REPE
Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro	Decreto-lei 247 e 248 /2009 de 22 de Setembro	Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determina as necessidades em enfermeiros, de acordo com a natureza dos cuidados a prestar;</li> <li>- Elabora os planos de distribuição de trabalhos, de acordo com as necessidades em cuidados e com as competências dos enfermeiros;</li> <li>- Elabora horários e planos de férias; favorece boas relações interpessoais na equipa de saúde;</li> <li>- Supervisiona o desempenho do pessoal de enfermagem; elabora programa de integração de novos enfermeiros;</li> <li>- Cumpre as directrizes do regulamento da avaliação de desempenho na carreira de enfermagem</li> <li>- Elabora o plano e relatório de actividades de enfermagem desenvolvidas na unidade de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Planear e incrementar acções e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição ou utilização de indicadores e respectiva avaliação, bem como à coordenação de equipas multiprofissionais;</li> <li>b) Exercer funções de assessoria ou consultadoria de natureza técnico-científica em projectos ou programas;</li> <li>c) Participar nos processos de contratualização inerentes ao serviço ou unidades funcionais e colaborar nos do serviço;</li> <li>d) Coordenar funcionalmente grupo de enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço ou de equipa multiprofissional da unidade funcional, em função da organização do trabalho;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Organizandoo, coordenando, executando, supervisando e avaliando a formação dos enfermeiros;</li> <li>b) Avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de actuação e procedendo à avaliação do desempenho dos enfermeiros;</li> <li>e) Colaborando na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos;</li> <li>f) Participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem.</li> </ul>

Desde 1996, com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril) está descrito, no artigo 9º, que os enfermeiros na área de gestão desenvolvem a sua actividade “organizando, coordenando, executando, supervisando e avaliando a formação dos enfermeiros”; “avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de actuação e procedendo à avaliação do desempenho dos enfermeiros”; “participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem”; “promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem”.

O mesmo diploma refere, ainda, no artigo 10º, que os enfermeiros “podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem.” A delegação descentraliza o poder sendo “o verdadeiro caminho para o fortalecimento dos funcionários” (...), já que, o “subordinado fará por merecer a confiança e aprenderá inclusive com os próprios erros” (Mezomo, 2001, p. 35).

Para o desempenho de todas estas funções o enfermeiro chefe, como gestor operacional, tem a responsabilidade de proporcionar “os meios de traduzir a filosofia administrativa, objectivos e planos em realidade usando os recursos disponíveis e controlando as actividades e responsabilidades grupais e individuais” (Kron, 1978, p. 51). Assim, a mesma autora refere que o enfermeiro chefe deve resolver problemas ou gerir os conflitos, nos quais possa desenvolver as cinco etapas da solução de problemas: identificar e definir o problema, obter todos os factos, desenvolver uma solução, avaliar os resultados e ilustrar a solução de problemas (Kron, 1978).

A gestão dos recursos humanos é uma actividade muito complexa exigindo “níveis elevados de cuidado, atenção e especialização” (Ferreira e Leitão 1999, p. 105) dadas as dificuldades que se apresentam na actualidade. Para estas autoras, a gestão dos recursos humanos consiste no “(...) planeamento, na organização, no desenvolvimento, na coordenação e no controlo das técnicas capazes de promover o desempenho eficiente do pessoal” e a organização representa o “meio que permite às pessoas que com ela colaboram alcançar os objectivos individuais relacionados directa ou indirectamente com o trabalho” (1999, p. 105).

Na tentativa de construir um modelo teórico sobre o papel dos enfermeiros gestores, Mintzberg (1995) realizou um estudo empírico centrado na observação directa do trabalho de uma enfermeira gestora, durante um dia num hospital universitário de Montreal, tendo concluído que o estilo de gestão que melhor se adequa ao seu caso não é o modelo do gestor patrão (*boss manager model*) nem o modelo profissional, mas antes um modelo de gestão artesanal (*craft manager*). A escolha desta designação para caracterizar o trabalho desenvolvido, por esta enfermeira, prende-se com o facto do seu trabalho fluir de uma

forma natural, extremamente energética, desenvolvendo em simultâneo diversos papéis que caracterizam as actividades dos gestores.

Na perspectiva deste autor, muitas das actividades desenvolvidas estavam directamente relacionadas com a liderança, mas também com o fazer, comunicar e controlar. Os papéis de liderança surgiam espontaneamente e interactivamente, em função do facto desta profissional desenvolver as suas actividades no contexto da unidade de cuidados, sendo, por isso, constantemente confrontada com o resultado das interacções entre profissionais. Nestes momentos de interacção desenvolviam-se diversos papéis, classificados pelo autor, de coordenação e ligados a responsabilidades administrativas, como a realização dos horários ou o controlo orçamental. Mintzberg (1995) salienta, ainda, que as enfermeiras desenvolvem os seus papéis de gestão de forma mais confortável do que os médicos, fazendo com que, de alguma forma, as unidades de saúde sejam “territórios seus” e não dos médicos.

Nesta mesma linha, Manfredi (1996), num estudo que realizou com enfermeiras gestoras, concluiu que estas despendem uma grande parte do seu tempo na identificação de áreas de mudança, no desenvolvimento e concretização dos objectivos e na motivação da equipa para os atingir. Na tentativa de promover a mudança de comportamentos e de atitudes, demonstram preferência por usar a sua legitimidade como especialistas, em detrimento do uso do poder ou da coerção (Manfredi, 1996). Na óptica desta autora, as enfermeiras gestoras despendem, também, algum do seu tempo na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional da sua equipa e preocupam-se em fomentar o papel de mentoras.

A autora conclui existir uma forte diversidade e heterogeneidade do trabalho desenvolvido por estas enfermeiras, como por exemplo, o facto de terem de gerir diversas unidades; assegurar a qualidade dos cuidados prestados; motivar o pessoal; manter a moral; promover a mudança; mobilizar um grupo de profissionais para trabalhar através da concretização de objectivos; servir como ligação entre a gestão de topo e os restantes profissionais; gerir o conflito; serem flexíveis; gerar abordagens criativas para a resolução de problemas; e tudo isto num contexto de contenção de custos e escassez de recursos.

Carvalho (2006) faz referência à coexistência de três tipos distintos de papéis: o prático, o gestor profissional e o gestor geral. Fazendo o paralelismo com a anterior carreira de enfermagem verificamos que os enfermeiros, enfermeiros graduados e especialistas têm,

essencialmente, a função de se envolverem no exercício das actividades profissionais de gestão de cuidados; os enfermeiros chefes e enfermeiros supervisores têm a responsabilidade da gestão do trabalho diário de outros profissionais e dos recursos utilizados no trabalho, com participação ou não nas actividades práticas diárias e o enfermeiro director, participa da gestão geral da organização.

Esta variedade dos papéis do gestor é estudada por Carapinheiro (1998) referindo que os enfermeiros chefes têm um papel muito importante na gestão do serviço, na distribuição do trabalho entre enfermeiros e auxiliares de acção médica e na administração dos cuidados. Para esta autora a importância do papel dos enfermeiros-chefes é acrescida devido à não previsibilidade das decisões médicas e à polivalência dos cuidados.

Também a, recém-criada, Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGL, 2009, p. 1) defende que “a gestão é uma área de intervenção da Enfermagem com uma importância estratégica e primordial para a qualidade dos cuidados prestados por qualquer unidade de saúde”. Esta comissão (APEGL, 2009, p. 4-5) define que o enfermeiro gestor “Promove o desenvolvimento moral e profissional da equipa (...). Mantém e desenvolve os recursos/competências existentes em si mesmo e nos outros”.

Como assinala Ferguson (2009), membro da *American Academy of Nursing*, as organizações de saúde terão de mudar para dar resposta aos desafios de um mundo em mudança. Na óptica desta autora, as cinco principais razões pelas quais os enfermeiros líderes podem fazer a diferença, enquanto agentes de mudança nas organizações de saúde, incluem: o facto de serem estratégicos e visionários; colaborativos e capazes de estabelecer parcerias; servirem de modelo na gestão da mudança; serem criativos e inovadores na identificação de alternativas no processo de mudança; demonstrarem sensibilidade na mudança planeada. Esta autora acrescenta que os enfermeiros líderes são importantes na implementação e sustentação da mudança organizacional.

De forma a compreendermos o contributo da gestão e da liderança no desenvolvimento de competências nos enfermeiros apresentamos, em seguida, alguns estudos sobre a liderança em enfermagem e a sua relação com o desenvolvimento de competências nos enfermeiros.

### **2.2.2 – Estratégias adoptadas pelos dirigentes para o desenvolvimento de competências**

Na enfermagem, a gestão e a liderança têm sido referenciadas como sendo essenciais para a melhoria da prestação dos cuidados, para o desenvolvimento e formação de todos os enfermeiros, sendo, mesmo, considerada como vital para alcançar a mudança efectiva nas organizações de saúde (Fielden, Davidson e Sutherland, 2009).

No entanto, constata-se que a maioria das organizações investe de forma muito tímida no desenvolvimento dos seus trabalhadores, argumentando razões centradas na inexistência de políticas de saúde e estratégias de gestão (Ferreira, 2002).

Estas estratégias de gestão assumem-se como estruturantes no contexto actual de mudanças constantes das políticas de saúde, das organizações de saúde e na reestruturação dos cuidados de saúde, assim como os problemas decorrentes da escassez de recursos humanos e financeiros, aliados à exigência de níveis cada vez mais elevados da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados a prestar.

Estas profundas mudanças, introduzidas nas últimas décadas nas organizações de saúde e na concepção do trabalho, implicaram consequentes transformações na gestão dos recursos humanos, conferindo-lhe uma posição estratégica nestas organizações de saúde que são altamente complexas (Felício, Lopes, Salgueiro e Parreira, 2007).

Assim, o enfermeiro chefe, gestor de cuidados por excelência e líder das equipas de enfermagem, deve ser capaz de prever e se adaptar de forma proactiva nestas organizações de saúde. Para isso, é fundamental que desenvolva um conjunto estratégias que possibilitem conciliar os objectivos organizacionais com os objectivos da equipa de enfermagem, com vista à melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao doente e ao desenvolvimento do pessoal de enfermagem (Huston, 2008).

Neste âmbito, torna-se fulcral a adequação da liderança ao contexto, no sentido de ser capaz de entusiasmar e inspirar as pessoas a darem o máximo de si em benefício do grupo, transmitindo uma visão e o sentido da missão (Bass e Riggio, 2006), dado que, a liderança parece ter um papel importante no desenvolvimento das competências dos subordinados (Farrell *et al.*, 2005; Melo, Silva e Parreira, 2010), através da filiação e identificação do indivíduo com o grupo (Erickson, 2006), preocupação com o bem-estar dos elementos da

equipa (Williams, 2005), construção da confiança (Higginson, 1989), desenvolvimento de uma identidade forte (Farrel *et al.*, 2005), funcionando como modelo de referência congruente com as práticas (Casimir *et al.*, 2006).

Mas o enfermeiro ao vivenciar a prática da liderança na organização de saúde depara-se com inúmeras dificuldades, uma vez que, as expectativas da instituição, do grupo de enfermagem, da equipa de saúde e as do próprio profissional são diferentes entre si, gerando insegurança e frustração no enfermeiro gestor (Kurcgant, 2005). Nesse sentido, as intervenções dos enfermeiros que desempenham funções de gestão devem ser tomadas em consideração pelos gestores hospitalares, de modo a lhes proporcionarem as condições para desenvolverem as suas competências de liderança, para se poder obter os melhores resultados dentro das organizações de saúde (Ouzouni e Nakakis, 2009).

Assim, para melhorar a prática da gestão será muito importante haver um grande investimento do líder nas relações interpessoais, tratando os enfermeiros de uma forma digna e respeitosa e fomentando o trabalho colaborativo (Pereira, Bem-Haja, Ferreira e Rodrigues, 2008).

Neste sentido, o enfermeiro chefe deve desenvolver estratégias no sentido da promoção de um ambiente humanizado e uma responsabilidade permanente, organizando o serviço de modo a adequá-lo à equipa, comunicando para fazer partilhar, ouvindo sem procurar persuadir (Hesbeen, 2000).

Alguns estudos demonstram que a comunicação eficaz entre os líderes e os liderados pode provocar mudanças esperadas no comportamento dos indivíduos, através do desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao próprio desempenho (Trevisan, Mendes, Favero e Melo (1998). Já a falha na comunicação entre líderes e liderados, causa impacto negativo nos liderados, dificultando a concretização dos objectivos da organização (Santos e Silva, 2003).

Considerando que as organizações são formadas por pessoas, que trazem consigo habilidades, conhecimentos, atitudes, comportamentos, percepções, experiências e motivações (Marquis e Huston, 2010), e que são estas capacidades que orientam a sua actividade, de modo a alcançar determinados objectivos pessoais e institucionais, o enfermeiro chefe deve criar condições que promovam a satisfação das necessidades da organização e dos enfermeiros da sua equipa, impulsionando a mudança de

comportamentos rumo à qualidade pessoal e organizacional. Segundo Mezomo (2001) são muitos os factores que podem influenciar o desempenho pessoal, os quais apresentamos na Figura 9.



**Figura 9 – Influência no desempenho pessoal**

Fonte: Adaptado de Mezomo (2001, p. 191-192)

Segundo este autor para o desempenho pessoal a auto-estima é fundamental, podendo ser estimulada através do “reconhecimento vindo de fora ou da própria pessoa”. Por sua vez, o reconhecimento contribui também para “desenvolver a auto-estima que determina o relacionamento entre as pessoas”, pelo que, se devem aproveitar todas as oportunidades para reforçá-lo quer individualmente, quer no grupo, e até mesmo na comunidade. O “exemplo dos outros” pode também ser utilizado para aumentar a motivação (Mezomo, 2001, p. 191-192).

Para este autor outros dos aspectos imprescindíveis para o desenvolvimento pessoal é o de possuir conhecimentos acerca “da missão, dos valores e das metas da organização”, como um “ambiente físico” adequado ao desempenho das funções e um “ambiente psicológico” baseado “pelo respeito recíproco, pela informação, pelos valores éticos, pela confiança, pela tolerância, pela ênfase nos pontos fortes das pessoas, pelo bom humor e pela cordialidade”. O desenvolvimento de “habilidades e a experiência pessoal” promovem a confiança a “segurança e motivação” condição necessária ao crescimento pessoal e profissional (Mezomo, 2001, p. 191-192).

Neste sentido, deve-se tentar adequar o trabalho às “expectativas pessoais”, de modo a que as pessoas se superem, encontrem novos desafios e melhorem o seu desempenho assumindo a responsabilidade pelas suas acções. Por último, o “tempo disponível” deve ser adequado à execução do trabalho a realizar. Este conjunto de factores é fundamental ao desenvolvimento pessoal de cada um como pessoa e como profissional (Mezomo, 2001).

O reconhecimento de que os sistemas de saúde e os doentes beneficiam quando os enfermeiros têm fortes aptidões de liderança levou a que fosse criado pelo *International Council of Nurses* (ICN) um Programa de Liderança para a Mudança (LPM) para ajudar no desenvolvimento dos enfermeiros como líderes e gestores num ambiente de saúde em constante mudança (Baumann, 2007).

Em Portugal, a gestão é uma área de intervenção de enfermagem reconhecida, pela Ordem dos Enfermeiros, como tendo uma importância estratégica e determinante no desenvolvimento dos recursos humanos. A gestão assume-se como catalisadora da criação de condições que promovem o exercício profissional de qualidade, assumindo a responsabilidade e respondendo pela criação de condições para a tomada de decisão e acções da equipa que lidera (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Na carreira de enfermagem está formalmente definido que ao enfermeiro com cargos de chefia compete, de entre outras funções, promover a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão relativamente ao processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros (Decreto Lei nº 247 e 248/2009 de 22 de Setembro).

Neste contexto, parece evidente que o enfermeiro gestor, com estas competências e funções formalmente atribuídas, pode ter um papel importante na promoção do desenvolvimento de competências relacionais dos enfermeiros, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A relação dos diferentes papéis de liderança, desenvolvidos pelos enfermeiros chefes e os resultados obtidos no aumento da produtividade e na qualidade dos cuidados prestados (Fox, Fox e Wells, 1999), parecem destacar a importância da liderança. O papel de mentor parece relacionar-se com o desenvolvimento das pessoas, nomeadamente, por proporcionar uma orientação empática, facilitando oportunidades de formação e contribuindo para a criação de um clima favorável ao desenvolvimento do espírito de grupo (Melo, Silva,

Parreira, 2010). Por outro lado, o papel de monitor, que assinala a importância do conhecimento das normas e procedimentos a adoptar, parece, também, ser promotor do desenvolvimento destas competências (Melo, Silva, Parreira, 2010). Assim, a definição dos objectivos, das normas e dos procedimentos, o estabelecimento de uma missão, a criação de valores e de metas da instituição parecem concorrer de forma positiva para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros (Serrano, 2008).

Por outro lado, num estudo sobre liderança em enfermagem realizado por Dias (2001), o autor demonstrou que o estilo de liderança do enfermeiro chefe, orientado para o relacionamento, resultou em não eficácia no desempenho dos enfermeiros. Para a resolução da não eficácia do estilo de liderança dos enfermeiros chefes foi sugerido, por este autor, o recrutamento e selecção dos líderes e o treino de liderança.

No entanto, é necessário evitar o erro frequente em centrar o processo de liderança no excesso de regras e regulamentos podendo culminar numa gestão tradicional centrada na hierarquia, em vez de se situar ao nível do cliente (Parreira, 2006).

Neste contexto, apela-se para a necessidade de equilibrar o desempenho dos vários papéis de liderança no sentido de tornar a liderança eficaz (Quinn *et al.*, 2003), pelo que, seria desejável que os enfermeiros chefes desenvolvessem atitudes inovadoras, para facilitar a implementação de novos projectos e investissem na união dos enfermeiros promovendo uma conscientização e envolvimento da equipa de saúde e a reflexão sobre a prática no sentido de facilitar a mudança (Higa e Trevisan, 2005).

Deste modo, os enfermeiros líderes podem fazer a diferença enquanto agentes de mudança nas organizações de saúde pelo facto de serem estratégicos e visionários, colaborativos e capazes de estabelecer parcerias, servindo de modelo na gestão da mudança através da criatividade e inovação e na identificação de alternativas no processo de mudança (Ferguson, 2009).

Este reconhecimento sobre a importância da liderança na mudança está bem patente no parecer da Ordem dos Enfermeiros em Portugal que, tendo em conta as estratégias e orientações do Plano Nacional de Saúde e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, tem como eixo prioritário de investigação estudos que abordem estratégias inovadoras de gestão/liderança e organização do trabalho favorecedoras de contextos de trabalho que promovam a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Também a Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) preocupada com a qualidade e considerando que a figura do líder é essencial nas organizações, definiu como prioritário a promoção de estudos e debates sobre o perfil do líder do Século XXI e o seu papel no desenvolvimento profissional e humano das suas equipas (Gartenkraut e Seiffert, 2007).

Num estudo realizado por Gonçalves (2008), que pretendeu estudar a auto-percepção dos estilos de liderança dos enfermeiros gestores, os resultados evidenciaram que o estilo mais percebido pelos enfermeiros gestores foi o estilo de liderança transformacional. De acordo com Bass e Riggio (2006) este estilo de liderança é adequado ao contexto de mudança vivenciado na saúde, dado que, segundo estes autores, é capaz de entusiasmar e inspirar as pessoas a darem o máximo de si em benefício do grupo, transmite a visão e o sentido da missão, comunicando expectativas elevadas.

Os resultados de um estudo, realizado por Cardoso (2009), que pretendeu avaliar o papel do líder transformacional no *engagement* dos enfermeiros, sugeriu um efeito positivo entre a Liderança Transformacional, o *Engagement* (vigor e dedicação) e a Auto-eficácia. Na perspectiva deste autor a *Liderança Transformacional* proporciona aos liderados um investimento continuado, leva a atitudes positivas no trabalho, cria emoções positivas e permite desenvolver comportamentos organizacionais positivos com forte impacto nos resultados da organização.

Neste âmbito, parece-nos evidente que o desenvolvimento de competências relacionais dos enfermeiros contribui para a excelência do exercício profissional, mas, por outro lado, as condições para o seu desenvolvimento parecem não ser adequadas. Neste sentido, o enfermeiro gestor pode ter um papel preponderante no seu desenvolvimento, através da utilização de uma liderança eficaz e da criação de condições favoráveis ao seu desenvolvimento.

No sentido de perceber qual a evidência científica sobre o contributo da liderança e da gestão no desenvolvimento das competências relacionais nos enfermeiros, procedemos a um estudo de revisão sistemática da literatura (Melo, Parreira e Silva, 2011) realizada entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2009, em duas plataformas electrónicas de bases de dados EBSCOhost e PubMed Central, seleccionados de acordo com o método PI[C]OD. Dos sete estudos científicos, seleccionados com base em critérios de inclusão/exclusão definidos previamente, três avaliam ou descrevem programas de liderança que são promotores do

desenvolvimento de competências nos líderes, com implicação no desenvolvimento de competências dos liderados e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Nos outros quatro estudos é dada ênfase às experiências vividas pelos enfermeiros liderados numa Unidade de Cuidados Intensivos (Linton e Farrell (2009); à liderança carismática como um meio para melhorar o comportamento dos liderados (Boerner e Dütschke, 2008), à inteligência emocional dos líderes (Akerjordet e Severinsson, 2008) e ao modelo de *mentorship* (Fielden, Davidson e Sutherland, 2009) no desenvolvimento de competências nos liderados.

Realçamos, também, que é notada nesta revisão sistemática, uma preocupação para a compreensão dos atributos da liderança eficaz e eficiente, valorizando também o seu impacto no desenvolvimento da equipa de enfermagem e na prestação de cuidados de qualidade.

Verificámos que na maior parte dos estudos há um grande ênfase na identificação do perfil do líder e são poucos os estudos que se debruçam sobre o seu papel no processo de desenvolvimento dos liderados.

Pela análise dos sete artigos constatámos que os mesmos se centram na implementação de modelos, programas ou projectos de liderança para o desenvolvimento de habilidades de liderança. No entanto, a produção científica no âmbito desta problemática necessita de investigações que analisem o efeito da liderança nos liderados, deslocalizando a atenção no líder para os liderados. Destacamos, ainda, a necessidade de se realizarem investigações que estudem a forma como o líder consegue obter resultados nos enfermeiros, especialmente, no desenvolvimento das competências relacionais de ajuda, uma vez que, não foram encontrados estudos que se centrem especificamente nesta área.

**PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

Após termos realizado o enquadramento teórico, onde foram referidas as razões explicativas da pertinência do estudo, há que tomar decisões quanto à metodologia a utilizar, nomeadamente caracterização do tipo e o método de pesquisa, bem como, as questões de investigação, os objectivos específicos do estudo, selecção da amostra, validação dos instrumentos a utilizar, procedimentos para a colheita de dados e tratamento dos mesmos.

Assim, nesta parte da investigação, apresentamos os estudos de adaptação e validação dos instrumentos de colheita de dados e os resultados relativos à percepção do nível de competências relacionais de ajuda, nas diferentes unidades de saúde estudadas e identificamos a unidade de saúde com um maior nível de competências relacionais de ajuda bem como os resultados obtidos no estudo de caso realizado nesta unidade de saúde.

Finalmente apresentamos as conclusões da investigação realizada, as limitações e perspectivas de investigação futuras, seguindo-se a referenciação bibliográfica.

## **CAPÍTULO 3 – LIDERANÇA, MODOS DE APRENDIZAGEM E COMPETÊNCIAS RELACIONAIS DE AJUDA**

### **3.1 –METODOLOGIA**

Iniciamos este capítulo com a apresentação da metodologia onde descrevemos o tipo de estudo, objectivos e questões de investigação. Segue-se a descrição dos critérios de selecção da amostra, as variáveis em estudo, os instrumentos utilizados e as suas características psicométricas, os procedimentos de colheita de dados, as análises estatísticas realizadas e, por fim, apresentamos a discussão e conclusões dos resultados.

#### **3.1.1 – Tipo de estudo, objectivos e questões de investigação**

Nesta primeira fase da investigação optámos por realizar um estudo descritivo, transversal e correlacional, tendo-se utilizado métodos de análise quantitativos quer para o estudo da validade e fiabilidade dos instrumentos, quer para o estudo das competências relacionais de ajuda e a sua relação com os modos de aprendizagem e o desempenho dos papéis de liderança.

Este estudo tem como objectivos proceder à adaptação e validação dos instrumentos de colheita de dados - Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA), *Kolb Learning Style Inventory* (KLSI) e a escala de Liderança - e identificar o nível de competências relacionais de ajuda percebidos pelos enfermeiros, nos diferentes contextos estudados, e analisar a sua relação com as variáveis sociodemográficas e profissionais; identificar a unidade de saúde (serviço) percebida pelos enfermeiros com um maior nível de competências relacionais de ajuda; identificar os modos de aprendizagem predominantes nos enfermeiros; avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros chefes; e analisar a relação da percepção das competências relacionais de ajuda com os modos de aprendizagem e o desempenho dos vários papéis de liderança.

O desenvolvimento do processo de investigação orientou-se no sentido de encontrar respostas para as seguintes questões de investigação:

- Qual é o nível de competências relacionais de ajuda percebido pelos enfermeiros nos diferentes contextos estudados?
- Existe relação entre as competências relacionais de ajuda e as variáveis sociodemográficas?
- Qual é a percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros chefes?
- Existem diferenças na percepção da liderança em função das variáveis sociodemográficas?
- Existe relação entre as dimensões das competências relacionais de ajuda e os papéis de liderança?
- Qual é o modo de aprendizagem predominante?
- Existe relação entre as dimensões das competências relacionais de ajuda e os modos de aprendizagem?
- Que variáveis são preditoras do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda?

Estas questões de investigação foram formuladas com base na revisão da literatura de que o desenvolvimento das competências relacionais nos enfermeiros pode estar relacionado com múltiplos factores, dos quais a aprendizagem e a liderança podem ser considerados factores de relevo.

Assim, seleccionámos as variáveis em função das questões de investigação. As variáveis centrais do estudo, que assumem o papel de variável dependente, são as “competências relacionais de ajuda”, organizadas por dimensões de acordo com os autores (Ferreira, Tavares e Duarte, 2006), assumindo as seguintes designações: competências genéricas, competências empáticas, competências de comunicação e competências de contacto.

Foram estudadas as variáveis pessoais e profissionais consideradas relevantes, no sentido de caracterizar a amostra e permitir a análise das relações destas com as competências relacionais de ajuda. No que se refere à percepção das competências relacionais de ajuda por parte dos enfermeiros pretendemos investigar a sua eventual relação com as variáveis

sexo, idade, categoria profissional, contexto de trabalho, tempo de profissão e tempo no actual serviço.

Estudámos, ainda, a relação da percepção das competências relacionais de ajuda com os modos de aprendizagem e o desempenho dos vários papéis de liderança<sup>1</sup> pelo enfermeiro chefe.

### **3.1.2 – Características dos respondentes**

A população constituiu-se pelos enfermeiros que exerciam funções nas unidades de saúde pertencentes às instituições de saúde (hospitais e centros de saúde), com as quais a ESEnfC tem protocolo para a realização dos Ensinos Clínicos. O critério de escolha da população alvo deveu-se, não só à maior facilidade no acesso mas, principalmente, à existência de protocolos de colaboração.

Tendo por base os dados cedidos pelo Secretariado Científico-Pedagógico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), as instituições com as quais a ESEnfC tinha protocolo, no ano lectivo 2008/2009, eram 24 centros de saúde e 21 hospitais públicos.

Depois de enviados os pedidos de autorização a estas instituições, obtivemos resposta positiva de 6 hospitais públicos e 8 centros de saúde (Anexo 1). Estas instituições foram: IPO Francisco Gentil de Coimbra, EPE; Hospital Pediátrico de Coimbra, EPE; Hospital Distrital de Águeda; Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE; Hospital de São João no Porto, EPE; Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE; e os Centros de Saúde de Cacém/Queluz, Fernando de Magalhães em Coimbra, Mealhada, Tábua, Aveiro, São Martinho do Bispo, Vagos e Pombal. Destas instituições foram seleccionadas unidades de saúde constituídas por enfermeiros liderados por enfermeiros chefes, dado que, de acordo com as funções que lhes foram atribuídas, actuam na área de gestão dos recursos humanos. Destas unidades de saúde foram excluídos os enfermeiros com menos de um ano de contacto com o actual enfermeiro chefe, dado ser o tempo mínimo legal exigível para efeitos de atribuição da avaliação de desempenho (Despacho 2/93 de 30 de Março).

---

<sup>1</sup> A definição operacional dos modos de aprendizagem e dos papéis de liderança é apresentada quando procedemos à operacionalização dos instrumentos de colheita de dados.

Depois de cumpridas as formalidades ético-legais, foram enviados 1508 questionários para as unidades que satisfaziam os critérios de inclusão, tendo-se obtido 690 respostas, correspondendo a uma taxa de retorno de 45,75%. Definiu-se com os enfermeiros a devolução pelo correio do questionário preenchido, dentro do envelope RSF. Para fomentar o aumento do número de respostas, foram realizados alguns telefonemas e algumas visitas às unidades.

A repartição do número de unidades participantes no estudo encontra-se na tabela 1, permitindo uma análise comparativa da distribuição das unidades por zonas.

Assim, a amostra foi constituída por 690 enfermeiros que exerciam funções em 48 unidades de saúde de 6 hospitais e em 8 centros de saúde. Obtivemos uma taxa de resposta maior nos Hospitais (85%), do que nos Centros de Saúde (15%).

Fazendo uma análise comparativa com a população em estudo, no que respeita ao tipo de hospital e zona onde fica localizado, obtivemos uma taxa de resposta maior na zona centro (56, 95%), comparativamente com a zona Norte e Lisboa e Vale do Tejo.

Relativamente às unidades de saúde e centros de saúde aderentes ao nosso estudo, a maior parte localizavam-se na região da Zona Centro, seguindo-se a Zona de Lisboa e Vale do Tejo e por fim a Zona Norte.

Tabela 1 – Número de centros de saúde, hospitais/centros hospitalares e unidades de saúde participantes neste estudo, por zona.

Zona	Zona Norte		Zona Centro		Zona Lisboa e Vale do Tejo	
	Hospitais/ centros hospitalares	Unidades de saúde	Hospitais/ centros hospitalares	Unidades de saúde	Hospitais/ centros hospitalares	Unidades de saúde
Hospitais centrais	1	8	2	18	1	15
Hospitais distritais	1	4	1	3	0	0
Centros de saúde	2		4		2	
Número de enfermeiros	578		460		470	
Nº de respostas	190		262		238	
Taxa de respostas	32,87%		56,95%		50,63%	

### Características dos respondentes

Da análise das características sociodemográficas e profissionais dos 690 enfermeiros, verificámos, na tabela 2, que 81,6% são do sexo feminino. A média de idades dos respondentes é de 34,56 anos, com um desvio padrão de 8,73 e uma mediana de 33 anos, sendo a idade mínima de 22 anos e a idade máxima de 68 anos.

Relativamente à categoria profissional, 46,2% (296) detêm a categoria profissional de “enfermeiro”, 43,0% (275) são “enfermeiros graduados” e 10,8% (69) são “enfermeiros especialistas” com uma média de “anos de profissão” de 11,88 anos, uma moda de 4 anos com um desvio padrão de 8,21 e uma mediana de 11 anos. Em relação ao “tempo no actual serviço”, os enfermeiros apresentam uma mediana de 6 anos e uma média de 7,58 anos, com um desvio padrão de 6 e uma moda de 4 anos.

Tabela 2 – Distribuição dos elementos da amostra segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais

Variáveis	n	%	% válida			
<b>Categoria profissional</b>						
Enfermeiro	296	42,9	46,2			
Enfermeiro Graduado	275	39,9	43,0			
Enfermeiro Especialista	69	10	10,8			
<i>Missing</i>	50	7,2				
<b>Sexo</b>						
Masculino	119	17,2	18,4			
Feminino	529	76,7	81,6			
<i>Missing</i>	42	6,1				
	Min	Mx	Média	DP	Moda	Mediana
Idade (em anos)	22	68	34,56	8,73	26	33
Anos de profissão	1	40	11,88	8,21	4	11
Tempo no actual serviço (em anos)	1	35	7,58	6,04	4	6

### 3.1.3 – Procedimentos/ implicações éticas

Dada a sensibilidade do tema em estudo, tivemos a preocupação de respeitar os princípios: de *não maleficência*, assegurando que os participantes não seriam prejudicados nas suas funções e nas interacções com o enfermeiro chefe; de *autonomia*, obtendo o consentimento informado e esclarecido, informando que a colheita de informação nesta fase do estudo, seria feita através do preenchimento de questionários, que estes dados iriam ser tratados por um leitor óptico, que a participação no estudo era voluntária e que podiam desistir a

qualquer altura sem haver qualquer tipo de retaliação; de *beneficência e justiça*, assegurando aos enfermeiros que a confidencialidade e o anonimato seriam respeitados no preenchimento dos questionários e na análise dos dados.

Assim, na fase inicial começámos por proceder ao pedido de autorização aos autores dos instrumentos para a sua aplicação neste estudo (Anexo 1).

Formalizámos, também, o pedido de autorização, à Direcção das Instituições de Saúde onde existiam equipas de enfermeiros liderados por um enfermeiro chefe, tendo sido explicitados os objectivos da investigação, assegurado a confidencialidade dos dados e a disponibilidade de cedência dos resultados, após a conclusão do estudo (Anexo 2).

Depois de termos obtido a autorização formal, contactámos as direcções dessas instituições de saúde para marcar entrevistas com os Enfermeiros Chefes das respectivas unidades, no sentido de os informar dos objectivos do estudo, da importância da sua colaboração na motivação da equipa de enfermagem para o preenchimento dos questionários.

Para assegurar aos enfermeiros a confidencialidade e o anonimato das suas respostas, foi entregue o questionário dentro de um envelope RSF que, depois de preenchido, foi solicitado ao enfermeiro que o fechasse e o enviasse por correio.

### **3.1.4 – Instrumentos utilizados**

Os instrumentos de recolha dos dados foram: Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA) de Ferreira, Tavares e Duarte (2006), o *Kolb Learning Style Inventory-Version 3.1 (KLSI)* de Kolb e Kolb (2005) e a escala de Liderança de Quinn (1988), adaptado à saúde por Parreira *et al.* (2006) (Anexo 3).

O ICRA é um instrumento de auto-resposta, constituído por 51 itens, apresentado sob a forma de uma escala de tipo Likert de 1 a 7 (variando entre “completamente em desacordo” e “completamente de acordo”). Inclui 4 dimensões, com a designação de “competências genéricas”, “competências empáticas”, “competências de comunicação” e “competências de contacto”. Neste inventário a maiores níveis no *score* obtido, corresponde maior nível de competências relacionais de ajuda.

A escala de Liderança apresenta-se através de uma escala do tipo Likert com 7 opções de resposta (variando entre “quase nunca” a “quase sempre”). Esta escala é constituída por 32

questões, que avaliam as competências de liderança, distribuídas por 8 papéis: mentor, facilitador, *broker*, inovador, monitor, coordenador, director e produtor. Estes oito papéis inscrevem-se nas duas dimensões chave da liderança (flexibilidade/estabilidade e orientação externa/interna), a partir dos quais se configuram os quatro modelos de liderança. O modelo das relações humanas é representado pelos papéis de mentor e facilitador; o modelo dos sistemas abertos pelos papéis de *broker* e inovador; o modelo dos processos internos pelos papéis de monitor e coordenador; e o modelo dos objectivos racionais é representado pelos papéis de produtor e director. Este instrumento permite avaliar a percepção dos liderados sobre o que “é característico” e o que “devia ser característico” no líder e o *gap* entre o percebido e o esperado.

O *Kolb Learning Style Inventory* (KLSI) foi concebido para avaliar os diferentes estilos de aprendizagem (acomodado, divergente, convergente e assimilativo), tendo como base a teoria da aprendizagem experiencial. O KLSI é constituído por 12 itens que permitem classificar os quatro modos de aprendizagem - Experiência Concreta (EC), Observação Reflexiva (OR), Conceptualização Abstracta (CA) e Experimentação Activa (EA). Permite, ainda, avaliar dois resultados que medem a preferência do indivíduo pelo abstracto *versus* concreto (CA-EC) e pela acção *versus* reflexão (EA-OR).

O KLSI tem um formato de escolha forçada que classifica as preferências de cada participante nos quatro modelos do ciclo de aprendizagem que foram concebidos como interdependentes. Desta forma, os quatro modos de aprendizagem apresentam-se numa escala tipo ipsativa isto é, de formato de escolha forçada (Kolb e Kolb, 2005).

### **3.2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Neste subcapítulo apresentamos as características psicométricas dos instrumentos apresentando a percepção do nível de competências relacionais de ajuda, o desempenho dos papéis de liderança, e os modos de aprendizagem predominantes, e a relação das dimensões das competências relacionais de ajuda com o desempenho dos vários papéis de liderança, os modos de aprendizagem e as variáveis sociodemográficas.

### 3.2.1 – Características psicométricas dos instrumentos

Seguidamente apresentamos os estudos de adaptação e análise das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados: o Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA), o *Kolb Learning Style Inventory-Version 3.1* (KLSI) e a Escala de Liderança.

#### 3.2.1.1 – Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA)

Os estudos de fiabilidade permitem-nos ajuizar do grau de confiança ou de exactidão que podemos ter na informação obtida. Estes estudos avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens (Hill e Hill, 2008).

A estabilidade temporal, ou fiabilidade teste-reteste, não foi efectuada neste estudo, uma vez que, este inventário serve para medir um estado que poderá ser modificado e, segundo Vaz Serra (1994, p. 55) o teste-reteste não é relevante como medida de fiabilidade.

Para calcular a consistência interna recorreremos ao coeficiente de *Alpha de Cronbach* que é a técnica mais utilizada para avaliar a consistência interna de um instrumento quando existem várias opções de resposta com diferentes pontuações como na escala de Likert (Fortin, 1999).

#### Estudo de validade

Foi realizada a análise factorial tal como defende (Hill e Hill, 2008). Para realizar a análise factorial primeiro avaliámos o valor da medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que, neste estudo, apresentou um valor de ,927 sendo considerado ‘maravilhoso’ (Hill e Hill, 2008) indicando viabilidade da análise factorial, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Teste de esfericidade de Bartlett e medidas de adequação da amostra

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		,927
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	13944,523
	df	1275
	Sig.	,000

Em seguida realizámos a análise factorial para o estudo dos componentes principais, seguida de rotação Varimax para conhecer as dimensões subjacentes e independentes entre si. Forçámos a rotação a 4 factores, com vista à obtenção de uma matriz similar à proposta pelos autores do inventário. Os itens foram incluídos nas subescalas correspondentes aos factores nos quais obtiveram maiores valores de saturação.

Para a selecção do número de factores seguimos os critérios recomendados por Polit e Hungler (1997). Valores próprios ou específicos (*eigenvalues* > 1), exclusão de saturações factoriais inferiores a 0,30 e aplicação do princípio da descontinuidade.

Deste modo, o primeiro factor é constituído por 19 itens e explica 13,12% da variância total. O segundo factor é constituído por 15 itens, explica 12,35% da variância, o terceiro factor é constituído por 10 itens representando 9,00% da variância explicada e, por último, o quarto factor, também constituído por 7 itens, com uma variância explicada de 8,01%. Para a globalidade do inventário, a variância total explicada é de 42,47%.

Todos os itens que saturam os respectivos factores apresentam valores positivos, levando a afirmar que quanto maior é a percepção das competências relacionais de ajuda, maior é o nível de desempenho do enfermeiro.

Numa análise global verificámos que os itens 10, 16, 39, 41, 26, abandonam a sua dimensão teórica. Os restantes 46 itens saturam na dimensão teórica a que pertencem. Os itens 39 e 41 abandonam a sua dimensão teórica (competências genéricas) passando a saturar na dimensão competências comunicação. Os itens 10 e 16 abandonam a sua dimensão teórica (competências de contacto) passando a saturar na dimensão competências genéricas. O item 26 abandona a sua dimensão teórica passando a saturar na dimensão competências de comunicação, tal com apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Dimensionalidade do ICRA – Versão inicial

Nº item	Item	Factores (saturação)			
		1	2	3	4
3	A sensibilidade intelectual e afectiva que possuo ajuda-me a compreender e ser capaz de intervir no decurso de uma relaça.	,696			
7	No decurso das intervenções de enfermagem apelo à colaboração do utilizador dos cuidados de saúde.	,673			
25	No processo de comunicação atendo às expressões não verbais, cuja riqueza pode ser maior que a linguagem verbal.	,630			
5	Como enfermeiro a minha ajuda ao outro é um processo dinâmico que evolui no tempo e no espaço.	,604			
22	Desenvolvo na minha prática a capacidade de compreensão do significado e valor dos dados percebidos e observados.	,589	,315		
4	Reconhecer as minhas características físicas, sociais, espirituais ajuda-me a tomar conhecimento das minhas limitações	,585			
27	Em situação de escuta, adopto uma posição corporal de abertura.	,557		,321	
24	Tenho a capacidade de detectar quando o utilizador dos cuidados de saúde quer dirigir a minha atenção para aspectos secu.	,544			
6	Ao planificar os cuidados faço-o em função das prioridades fixadas depois destas serem aferidas e validadas c/ o próprio	,519			
9	O toque para mim reveste-se de espontaneidade, intuição e conhecimento	,515			
2	A qualidade do trabalho que executo passa pela capacidade que tenho em comunicar com o outro.	,499			
19	Quando entro em contacto com alguém o primeiro órgão dos sentidos que uso é o da visão.	,427			
21	Reconheço a minha habilidade em utilizar o sentido da visão tendo em conta os desconfortos que a ele podem estar associ.	,420	,303		
8	O toque permite-me aperceber do grau de satisfação ou de mal-estar do utilizador dos cuidados de saúde.	,419			,339
20	Quando uso o olhar como forma de contacto tenho bem claro o objectivo que pretendo	,406	,370		
10	Selecciono adequadamente o momento em que a aproximação com o utilizador dos cuidados de saúde deve acontecer.	,401			,379
23	Quando observo distingo os factos reais das impressões subjectivas	,384	,358		
1	A qualidade do trabalho que executo depende do conhecimento que tenho de mim próprio.	,376			
16	Quando adopto determinada distância na interacção com o utilizador dos cuidados de saúde respeito a sua origem ....	,302			
45	Ao utilizar a especificidade, faço com que o utilizador dos cuidados de saúde seja preciso na comunicação	,709			
44	O uso da especificidade leva o utilizador dos cuidados de saúde a reconhecer as suas emoções de forma precisa objectiva...	,696			
43	Ao comunicar de forma autêntica, estou a servir de "modelo" junto ao utilizador dos cuidados de saúde.	,669			
46	A imediatividade visa ajudar o utilizador dos cuidados de saúde a reconhecer no "aqui e agora" as informações que lhe co.	,660			
48	Na confrontação coloco em relevo as contradições do comportamento e do discurso do utilizador dos cuidados de saúde.	,554			
40	Partilho com o utilizador dos cuidados de saúde algumas das minhas características gerais como uma atitude facilitadora.	,536			
39	Faço sentir ao utilizador dos cuidados de saúde a importância que ele tem para mim.	,315	,533		
42	Considero a autenticidade como uma das características presentes na pessoa emocionalmente sã.	,530			
47	Quando estou com o utilizador dos cuidados de saúde, os acontecimentos	,524			
50	Identifico com clareza os objectivos a atingir para que no momento da confrontação não misture os meus próprios objectiv.	,331	,494		
38	Na compreensão empática, procuro apreender os dados obtidos como sendo o próprio utilizador dos cuidados de saúde.	,478			
49	Só utilizo a confrontação quando tenho à-vontade com o utilizador dos cuidados de saúde de modo a que ele sinta que sou	,476			,315
41	Aceito a realidade do utilizador dos cuidados de saúde como sendo única	,474			
51	Tenho presente que a confrontação não deve ser imposta ao utilizador, mas ser-lhe apresentada como tentativa para ajudar	,303	,469		
37	A fim de evitar confusão, no processo de comunicação só uso o feedback para descrever um tipo de comportamento.	,444			,385
1	Uso a reprodução de palavras no decurso da relação de ajuda para parafrasear, resumir ou tornar evidente () comunicação			,694	
30	Habitualmente vivo o silêncio de modo a que possibilite emergir de emoções, facilitando a aproximação com o utilizador			,686	
32	Utilizo a reformulação para facilitar o acesso da pessoa com necessidade de ajuda às suas próprias emoções			,668	
9	No decurso da relação de ajuda uso o silêncio como meio de comunicação com o utilizador dos cuidados de saúde.			,618	
33	Recorro à elucidação para ajudar o utilizador dos cuidados de saúde a perceber as suas vivências na globalidade.		,345	,579	
34	O uso da síntese permite-me realçar o que é essencial no conteúdo comunicado	,410		,567	
36	O uso da síntese permite ao utilizador dos cuidados de saúde voltar àqueles momentos em que o conteúdo foi pouco claro	,362		,550	
35	O uso da síntese permite-me verificar se retive o essencial da comunicação, convidando a pessoa com necessidade de...	,426		,523	
28	Para que a escuta seja eficaz no processo de relação de ajuda olho o utilizador (...) na face sem me fixar (...) nos olhos.			,435	
26	Quando escuto elimino tanto quanto possível qualquer preocupação pessoal procurando um estado de espírito calmo e...	,415		,426	
14	Utilizo a distância social (120-210 cm) quando tenho dificuldade em estabelecer uma relação próxima com o utilizador...				,758
13	Utilizo sobretudo a distância pessoal (45-125 cm) quando pretendo fazer uma observação cuidada do utilizador dos...				,707
12	Frequentemente utilizo a distância de carácter íntimo (45 cm) quando ajudo o utilizador (...) nas actividades da vida...				,646
17	A distância que adopto com o utilizador dos cuidados de saúde é reveladora da importância que ele tem para mim.				,631
18	A posição física que adopto no contacto com o utilizador (...) pode ser reveladora da importância que ele tem para mim.				,602
15	Quando uso a distância pública (360-750 cm) as permutas só são possíveis se forem feitas em voz alta e assim a...				,527
11	Ao comunicar com o utilizador dos cuidados de saúde atendo à distância física a manter como uma forma de comunicação	,326			,503

Face aos resultados obtidos efectuámos uma segunda análise que incidiu nos 46 itens, após serem retirados os 5 itens que não saturavam convenientemente na dimensão teórica. Esta análise em componentes principais com rotação ortogonal Varimax forçada a quatro factores revelou 4 factores, teoricamente coerentes e concordantes com os propostos no inventário original.

Nesta análise, e com base nos critérios referidos, eliminámos os itens 20 e 23 porque, apesar de saturarem na dimensão teórica a que pertencem (competências genéricas)

respectivamente com saturações de ,402 e ,393, apresentam valores de saturação superiores na dimensão competências empáticas (,459 e ,395).

Com a eliminação dos itens 10, 16, 20, 23, 26, 39 e 41 obtivemos uma versão final do inventário reduzida a 44 itens, conforme Tabela 5.

Tabela 5 – Dimensionalidade do ICRA – Versão final

Nº do item	Itens	Factores (saturação)			
		1	2	3	4
G 3	A sensibilidade intelectual e afectiva que possuo ajuda-me a compreender e ser capaz de intervir no decurso de uma	,714			
G 7	No decurso das intervenções de enfermagem apelo à colaboração do utilizador dos cuidados de saúde.	,699			
G 5	Como enfermeiro a minha ajuda ao outro é um processo dinâmico que evolui no tempo e no espaço.	,651			
G 4	Reconhecer as minhas características físicas, sociais, espirituais ajuda-me a tomar conhecimento das minhas limitações	,609			
G 25	No processo de comunicação atendo às expressões não-verbais, cuja riqueza pode ser maior que a linguagem verbal.	,598		,349	
G 2	A qualidade do trabalho que executo passa pela capacidade que tenho em comunicar com o outro.	,542			
G 6	Ao planificar os cuidados faço-o em função das prioridades fixadas depois destas serem aferidas e validadas com o	,539			
G 9	O toque para mim reveste-se de espontaneidade, intuição e conhecimento	,539			
G 22	Desenvolvo na minha prática a capacidade de compreensão do significado e valor dos dados percebidos e observados.	,528		,344	
G 27	Em situação de escuta adopto uma posição corporal de abertura.	,510		,372	
G 24	Tenho a capacidade de detectar quando o utilizador dos cuidados de saúde quer dirigir a minha atenção para aspectos	,498			
G 8	O toque permite-me aperceber do grau de satisfação ou de mal-estar do utilizador dos cuidados de saúde.	,452			,305
G 1	A qualidade do trabalho que executo depende do conhecimento que tenho de mim próprio.	,433			
G 19	Quando entro em contacto com alguém o primeiro órgão dos sentidos que uso é o da visão.	,361			
G 21	Reconheço a minha habilidade em utilizar o sentido da visão tendo em conta os desconfortos que a ele podem estar	,351			
E 45	Ao utilizar a especificidade, faço com que o utilizador dos cuidados de saúde seja preciso na comunicação		,723		
E 44	O uso da especificidade leva o utilizador dos cuidados de saúde a reconhecer as suas emoções de forma precisa objectiva		,700		
E 46	A imediatividade visa ajudar o utilizador dos cuidados de saúde a reconhecer no "aqui e agora" as informações que lhe		,675		
E 43	Ao comunicar de forma autêntica, estou a servir de "modelo" junto ao utilizador dos cuidados de saúde.		,639		
E 47	Quando estou com o utilizador dos cuidados de saúde, os acontecimentos		,574		
E 48	Na confrontação coloco em relevo as contradições do comportamento e do discurso do utilizador dos cuidados de saúde,		,568		
E 50	Identifico com clareza os objectivos a atingirem para que no momento da confrontação não misture os meus próprios	,342	,501		
E 40	Partilho com o utilizador dos cuidados de saúde algumas das minhas características gerais como uma atitude facilitadora		,497		
E 42	Considero a autenticidade como uma das características presentes na pessoa emocionalmente sã.		,491		
E 51	Tenho presente que a confrontação não deve ser imposta ao utilizador, mas ser-lhe apresentada como tentativa para	,319	,478		
E 49	Só utilizo a confrontação quando tenho à-vontade com o utilizador dos cuidados de saúde de modo a que ele sinta que		,471		,325
E 37	A fim de evitar confusão, no processo de comunicação só uso o feedback para descrever um tipo de comportamento.		,469		,387
E 38	Na compreensão empática, procuro apreender os dados obtidos como sendo o próprio utilizador dos cuidados de saúde.		,448	,311	
C 32	Utilizo a reformulação para facilitar o acesso da pessoa com necessidade de ajuda às suas próprias emoções			,680	
C 31	Uso a reprodução de palavras no decurso de ajuda para parafrasear, resumir ou tornar evidente algum aspecto			,676	
C 34	O uso da síntese permite-me realçar o que é essencial no conteúdo comunicado	,339		,657	
C 30	Habitualmente vivo o silêncio de modo a que possibilite o emergir de emoções, facilitando a aproximação com o			,643	
C 33	Recorro à elucidação para ajudar o utilizador dos cuidados de saúde a perceber as suas vivências na globalidade.		,331	,623	
C 35	O uso da síntese permite-me verificar se retive o essencial da comunicação, convidando a pessoa com necessidade de	,378		,610	
C 36	O uso da síntese permite ao utilizador dos cuidados de saúde voltar àqueles momentos em que o conteúdo foi pouco	,323		,609	
C 29	No decurso da relação de ajuda, uso o silêncio como meio de comunicação com o utilizador dos cuidados de saúde.			,569	
C 28	Para que a escuta seja eficaz no processo de relação de ajuda, olho o utilizador dos cuidados de saúde na face sem			,427	
Con14	Utilizo a distância social (120-210 cm) quando tenho dificuldade em estabelecer uma relação próxima com o utilizador				,762
Con13	Utilizo sobretudo a distância pessoal (45-125 cm) quando pretendo fazer uma observação cuidada do utilizador dos				,724
Con12	Frequentemente utilizo a distância de carácter íntimo (45 cm) quando ajudo o utilizador dos cuidados de saúde nas				,659
Con17	A distância que adopto com o utilizador dos cuidados de saúde é reveladora da importância que ele tem para mim.				,635
Con18	A posição física que adopto no contacto com o utilizador dos cuidados de saúde pode ser reveladora da importância que				,609
Con15	Quando uso a distância pública (360-750 cm) as permutas só são possíveis se forem feitas em voz alta e assim a				,529
Con11	Ao comunicar com o utilizador dos cuidados de saúde atendo à distância física a manter como uma forma de	,304			,490

Após as referidas alterações, o ICRA passou a ser constituído por 44 itens, distribuídos pelos seguintes factores: o primeiro factor (competências genéricas - G) é constituído por 15 itens e explica 12,94% da variância total; o segundo factor (competências empáticas - E) é constituído por 13 itens, explica 11,86% da variância; o terceiro factor (competências de comunicação - C) é constituído por 9 itens com 10,93% de uma variância explicada e, por último, o quarto factor (competências de contacto - Con) constituído por 7 itens, apresenta

uma variância explicada de 8,56%. Para a globalidade do inventário, a variância total explicada é de 44,28%. Verificámos que o valor de *Alpha de Cronbach* obtido em cada dimensão foi superior a 0,795, revelador de uma boa consistência interna dos itens em cada factor.

Tabela 6 – Factores, itens, *Eigenvalue*, variância explicada após rotação forçada e *Alpha de Cronbach* por factor – Versão final

Factores	Competências	Itens	<i>Eigenvalue</i>	% variância	% variância acumulada	$\alpha$
Factor 1	Genéricas	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 21, 22, 24, 25, 27	12,25	12,94	12,94	,870
Factor 2	Empáticas	37, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51	3,08	11,86	24,80	,876
Factor 3	Comunicação	28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36	2,34	10,93	35,72	,869
Factor 4	Contacto	11, 12, 13, 14, 15, 17, 18	1,82	8,56	44,28	,795

No sentido de verificar se cada uma das metades dos itens da versão final do ICRA é tão consistente a medir o constructo como a outra metade, determinámos a correlação “Par/ímpar”. Assim, o  $\alpha$  obtido na primeira parte foi de ,882 e na segunda parte foi de ,889. Obtivemos um valor de correlação de Spearman-Brown de ,840 (Tabela 7) que nos indica a consistência esperada quando se aplica o instrumento a outras amostras.

Tabela 7 – Estatísticas referentes ao método das metades – *Split-half*

	Média	Desvio Padrão	$\alpha$
Parte 1	115,31	17,334	,882
Parte 2	126,57	14,241	,889

*Split-half* = ,830

Spearman-Brown = ,840

### Estudo correlacional

A validade dos itens foi também avaliada através da correlação inter-itens e dos itens com a dimensão a que pertencem com e sem sobreposição.

Como podemos observar nas tabelas seguintes, os valores correlacionais são moderados e fortes. A maioria dos itens apresenta relação mais forte com o factor a que, teoricamente, pertence, sendo portanto um dado abonatório da homogeneidade de conteúdo dos itens dentro de cada factor.

As correlações de cada item com a dimensão a que teoricamente pertence é superior a ,40, assinalando estarmos na presença de um constructo (Ribeiro, 2004).

Tabela 8 – Correlações bicaudais r de Pearson inter-itens e itens/factor Competências Empáticas

	E_37	E_38	E_40	E_42	E_43	E_44	E_45	E_46	E_47	E_48	E_49	E_51	E_50	Competências Empáticas
E_37	1	,364**	,331**	,175**	,257**	,223**	,315**	,344**	,343**	,257**	,341**	,153**	,219**	,540**
E_38		1	,460**	,394**	,447**	,337**	,371**	,383**	,276**	,308**	,332**	,411**	,413**	,642**
E_40			1	,379**	,458**	,404**	,347**	,326**	,230**	,251**	,357**	,295**	,299**	,620**
E_42				1	,536**	,453**	,423**	,357**	,168**	,306**	,279**	,317**	,337**	,593**
E_43					1	,576**	,544**	,420**	,272**	,384**	,353**	,386**	,323**	,695**
E_44						1	,733**	,525**	,295**	,401**	,351**	,394**	,373**	,703**
E_45							1	,612**	,361**	,503**	,339**	,407**	,421**	,726**
E_46								1	,339**	,484**	,329**	,409**	,378**	,680**
E_47									1	,470**	,328**	,294**	,356**	,583**
E_48										1	,335**	,413**	,524**	,651**
E_49											1	,446**	,447**	,627**
E_51												1	,569**	,634**
E_50													1	,660**

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 9 – Correlações bicaudais r de Pearson inter-itens e itens/factor Competências Genéricas

	G_1	G_2	G_19	G_21	G_22	G_24	G_25	G_27	G_3	G_4	G_5	G_6	G_7	G_8	G_9	Competências Genéricas
G_1	1	,515**	,153**	,234**	,213**	,176**	,185**	,176**	,318**	,330**	,365**	,283**	,303**	,298**	,322**	,545**
G_2		1	,250**	,236**	,300**	,248**	,310**	,256**	,491**	,350**	,476**	,339**	,372**	,277**	,319**	,594**
G_19			1	,386**	,342**	,340**	,342**	,339**	,322**	,241**	,321**	,230**	,289**	,186**	,271**	,524**
G_21				1	,430**	,355**	,307**	,261**	,242**	,256**	,221**	,234**	,235**	,298**	,333**	,562**
G_22					1	,492**	,485**	,438**	,387**	,339**	,277**	,311**	,370**	,216**	,318**	,632**
G_24						1	,498**	,428**	,324**	,251**	,264**	,253**	,347**	,186**	,258**	,578**
G_25							1	,553**	,404**	,416**	,371**	,252**	,385**	,201**	,330**	,650**
G_27								1	,394**	,338**	,360**	,347**	,412**	,311**	,394**	,614**
G_3									1	,554**	,545**	,364**	,522**	,334**	,426**	,660**
G_4										1	,500**	,316**	,490**	,298**	,350**	,604**
G_5											1	,411**	,480**	,350**	,368**	,633**
G_6												1	,481**	,437**	,348**	,591**
G_7													1	,377**	,413**	,657**
G_8														1	,646**	,592**
G_9															1	,655**

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 10 – Correlações bicaudais r de Pearson inter-itens e itens/factor Competências de Contacto

	Con_15	Con_11	Con_12	Con_13	Con_14	Con_17	Con_8	Competências Contacto
Con_15	1	,295**	,402**	,391**	,394**	,216**	,175**	,608**
Con_11		1	,478**	,419**	,350**	,199**	,197**	,578**
Con_12			1	,605**	,436**	,236**	,265**	,707**
Con_13				1	,604**	,277**	,271**	,747**
Con_14					1	,349**	,313**	,732**
Con_17						1	,734**	,663**
Con_18							1	,657**

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 11 – Correlações bicaudais r de Pearson inter-itens e itens/factor Competências de Comunicação

	C 31	C 28	C 29	C 30	C 32	C 33	C 34	C 35	C 36	Comp Comunicação
C 31	1	,339**	,479**	,552**	,581**	,477**	,487**	,444**	,470**	,748**
C 28		1	,370**	,341**	,328**	,289**	,267**	,296**	,243**	,554**
C 29			1	,716**	,359**	,305**	,291**	,301**	,310**	,676**
C 30				1	,460**	,362**	,359**	,349**	,359**	,729**
C 32					1	,653**	,554**	,517**	,482**	,752**
C 33						1	,635**	,561**	,514**	,717**
C 34							1	,730**	,609**	,736**
C 35								1	,666**	,735**
C 36									1	,713**

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Da análise dos resultados (Tabela 12) da correlação bicaudal entre os itens e os factores verificámos que todos os itens apresentam correlações mais fortes com o factor a que, teoricamente, pertencem do que com outro factor.

Verificámos que as correlações do item com o factor sem sobreposição apresentam valores moderados sendo na maioria superior a ,40. Os valores correlacionais sem sobreposição do item são, maioritariamente, mais elevados com a dimensão a que pertencem do que com outra dimensão.

Como podemos verificar na Tabela 12, as correlações são globalmente mais elevadas entre os itens e a dimensão a que, teoricamente, pertencem, do que a outras dimensões, sugerindo que os itens de cada dimensão têm proximidade suficiente para constituírem uma dimensão (validade convergente discriminante), sendo indício de validade do constructo.

Tabela 12 – Correlações bicaudais r de Pearson item/factores do ICRA – Versão final

	Sem Sobreposição do item	Competências Comunicação	Competências Contacto	Competências Empáticas	Competências Genéricas
<b>Competências de comunicação</b>					
C 28	,569**	,554**	,173**	,392**	,311**
C 29	,419**	,676**	,273**	,401**	,330**
C 30	,466**	,729**	,266**	,451**	,378**
C 32	,522**	,752**	,266**	,466**	,478**
C 33	,571**	,717**	,221**	,519**	,431**
C 34	,548**	,736**	,230**	,461**	,518**
C 35	,551**	,735**	,252**	,482**	,549**
C 31	,583**	,748**	,278**	,448**	,467**
C 36	,565**	,713**	,244**	,462**	,497**
<b>Competências de contacto</b>					
Con.15	,379**	,218**	,608**	,305**	,286**
Con 11	,509**	,386**	,578**	,376**	,440**
Con 12	,486**	,337**	,707**	,366**	,349**
Con 13	,434**	,301**	,747**	,321**	,238**
Con 14	,381**	,242**	,732**	,268**	,174**
Con 17	,360**	,157**	,663**	,303**	,252**
Con 18	,385**	,201**	,657**	,279**	,274**
<b>Competências Empáticas</b>					
E.37	,386**	,294**	,363**	,540**	,143**
E 38	,562**	,514**	,309**	,642**	,454**
E 4	,501**	,400**	,312**	,620**	,379**
E 42	,483**	,427**	,222**	,593**	,431**
E 43	,534**	,445**	,297**	,695**	,386**
E 44	,585**	,479**	,282**	,703**	,428**
E 45	,589**	,501**	,279**	,726**	,413**
E 46	,580**	,445**	,315**	,680**	,385**
E 47	,376**	,263**	,230**	,583**	,247**
E 48	,512**	,414**	,215**	,651**	,402**
E 49	,494**	,347**	,393**	,627**	,342**
E 51	,545**	,502**	,245**	,634**	,467**
E 50	,556**	,482**	,232**	,660**	,471**
<b>Competências Genéricas</b>					
G 1	,391**	,314**	,260**	,301**	,545**
G 2	,379**	,358**	,193**	,291**	,594**
G 19	,379**	,358**	,216**	,335**	,524**
G 21	,488**	,370**	,363**	,398**	,562**
G 22	,527**	,457**	,205**	,430**	,632**
G 24	,480**	,385**	,226**	,399**	,578**
G 25	,510**	,464**	,226**	,361**	,650**
G 27	,529**	,510**	,212**	,413**	,614**
G 3	,405**	,419**	,108**	,342**	,660**
G 4	,427**	,400**	,232**	,329**	,604**
G 5	,440**	,407**	,191**	,335**	,633**
G 6	,416**	,337**	,218**	,339**	,591**
G 7	,455**	,409**	,181**	,378**	,657**
G 8	,498**	,380**	,359**	,407**	,592**
G 9	,523**	,425**	,314**	,423**	,655**

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Uma outra contribuição para o estudo da validade do inventário foi a realização de uma matriz de correlação de Pearson entre os diversos factores, conforme Tabela 13. Encontrámos correlações moderadas cujos valores oscilam entre ,356 e ,641 e as diferenças estatísticas encontradas são bastante significativas, indicando a existência de um constructo composto por quatro factores.

Tabela 13 – Correlação de Pearson entre os diversos factores do ICRA - Versão final

<b>Factores</b>	Competências de Comunicação	Competências de Contacto	Competências Empáticas	Competências Genéricas
Competências de comunicação	1	,356**	,641**	,622**
Competências de contacto		1	,454**	,396**
Competências empáticas			1	,590**
Competências genéricas				1

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Em síntese, o ICRA é um inventário de auto resposta, constituído por 44 itens que se destina a avaliar as competências relacionais de ajuda de um enfermeiro.

Na amostra constituída por 690 enfermeiros, obtivemos um valor de Spearman-Brown de ,840 com valores de *Alpha de Cronbach* em cada dimensão superior a ,795, revelador de uma boa consistência interna dos itens em cada factor.

A análise factorial, com rotação ortogonal do tipo Varimax, revelou a existência de 4 factores com raízes lactentes superiores a 1 explicando 44,28% da variância total. O primeiro factor (competências genéricas) é o mais significativo, explicando 12,94% da variância total. O segundo factor (competências empáticas) explica 11,86% da variância, o terceiro factor (competências de comunicação) 10,93% de uma variância explicada e, por último, o quarto factor (competências de contacto) apresenta uma variância explicada de 8,56%.

Os valores médios apresentam-se acima do ponto médio do inventário, devido à maior percentagem nas respostas “Ligeiramente em acordo” e “Moderadamente em acordo” e pela menor percentagem nas resposta “Completamente em desacordo” e “Moderadamente em desacordo”.

Verificámos que a estrutura factorial empírica se ajusta à organização conceptual inicial e está, também, de acordo com os dados obtidos pelos autores do inventário (Ferreira, Tavares e Duarte, 2006).

### 3.2.1.2 – Escala de Liderança de Quinn

Esta escala de liderança tem duas componentes o que “é característico” e o que “devia ser característico”. Na componente o que “é característico” é solicitado ao respondente que

avalie o que é evidenciado no desempenho da liderança e, por outro lado, no que “devia ser característico” que avalie as suas expectativas quanto ao desempenho da liderança.

Relativamente aos valores obtidos nas medidas de tendência central e de dispersão, nas respostas acerca do que “é característico”, podemos verificar uma heterogeneidade de respostas obtidas, com respostas em todos os pontos da escala em todos os 32 itens. As médias variam entre 4,40 e 5,83 e o desvio padrão entre 1,21 e 1,72, denotando uma dispersão apreciável (desvio padrão mínimo observado > 1,1), indicador de um bom poder discriminativo. As questões 17 e 18 apresentam valores mais baixos e as questões que apresentam valores mais elevados são 13 e 3.

Os valores médios apresentam-se ligeiramente acima do ponto médio da escala, causado pela maior percentagem nas respostas “Muito Frequentemente” e “Quase sempre” e pela menor percentagem nas respostas “Quase nunca” e “Muito pouco”, indiciando um reconhecimento global de competências de liderança.

Os itens que apresentaram valores médios mais elevados são o item 18 (*Tem acesso a pessoas de nível mais elevados*) e o item 21 (*Mantém-se ao corrente do que se passa na unidade*), o que pode indiciar que os enfermeiros reconhecem nos enfermeiros chefes um acesso fácil a níveis superiores e um conhecimento da realidade da unidade.

Relativamente aos valores obtidos nas medidas de tendência central e de dispersão, nas respostas sobre o que “devia ser característico”, podemos verificar que a heterogeneidade de respostas obtidas é menor em relação ao que “é característico”. As médias variam entre 5,64 e 6,47 e o desvio padrão entre 0,763 e 1,213, denotando uma menor dispersão, indicador de um menor poder discriminativo do que a escala anterior.

Os valores médios apresentaram-se acima do ponto médio da escala, causado pela maior percentagem nas respostas “muito frequentemente” e “quase sempre”, indiciando uma maior exigência dos enfermeiros liderados.

Os itens que apresentaram valores médios mais elevados são o item 21 (*Mantém-se ao corrente do que se passa na unidade*) e o item 20 (*Trata as pessoas de modo delicado e cuidado*), o que poderá indiciar que os aspectos mais valorizados pelos enfermeiros quando avaliam o que “devia ser característico” nos enfermeiros chefes são o conhecimento da unidade e o relacionamento cuidado.

Tabela 14 – Valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão dos itens da escala de liderança relativamente ao que “É característico” e ao que “Devia ser característico”

Nº	Item	Itens	É característico					Devia ser característico				
			n	Min	Max	Med	DP	n	Min	Max	Med	DP
1		-Propõe ideias criativas	632	1	7	4,40	1,53	507	1	7	5,87	0,98
2		-Promove a continuidade das operações diárias da unidade	635	1	7	5,26	1,41	491	1	7	6,18	0,92
3		-Exerce influência positiva na unidade	622	1	7	5,02	1,64	494	1	7	6,47	0,85
4		-Revê cuidadosamente e de forma detalhada toda a informação	633	1	7	5,16	1,39	491	2	7	6,23	0,86
5		-Mantém na unidade uma orientação para os resultados	628	1	7	5,18	1,46	497	1	7	6,23	0,94
6		-Facilita a construção de consensos	622	1	7	4,89	1,55	505	1	7	6,33	0,92
7		-Define áreas de responsabilidade para os subordinados	634	1	7	5,39	1,43	486	1	7	6,25	0,92
8		-Ouve os problemas pessoais dos subordinados	637	1	7	5,15	1,62	488	1	7	5,95	1,11
9		-Minimiza as perturbações no fluxo de trabalho	629	1	7	4,74	1,57	486	3	7	6,33	0,83
10		-Utiliza/experimenta conceitos e procedimentos novos	630	1	7	4,77	1,58	496	2	7	6,04	0,88
11		-Encoraja a tomada de decisão participativa	629	1	7	5,02	1,60	494	2	7	6,22	0,85
12		-Assegura que todos saibam os objectivos da unidade	629	1	7	5,42	1,46	492	2	7	6,38	0,84
13		-Influencia decisões tomadas em níveis superiores	619	1	7	4,61	1,72	501	1	7	5,91	1,12
14		-Compara registos e relatórios na procura de discrepâncias	627	1	7	4,59	1,68	485	1	7	5,64	1,21
15		-Verifica se a unidade cumpre os objectivos estabelecidos	632	1	7	5,41	1,38	489	1	7	6,21	0,90
16		-Demonstra empatia e preocupação no relacionamento	645	1	7	5,29	1,63	487	2	7	6,37	0,83
17		-Trabalha com informação técnica	633	1	7	5,51	1,36	486	3	7	6,33	0,83
18		-Tem acesso a pessoas de nível mais elevados	642	1	7	5,83	1,22	485	3	7	6,25	0,89
19		-Estabelece objectivos claros para o trabalho da unidade	642	1	7	5,26	1,44	492	1	7	6,33	0,88
20		-Trata as pessoas de modo delicado e cuidado	640	1	7	5,55	1,53	489	2	7	6,53	0,78
21		-Mantém-se ao corrente do que se passa na unidade	640	1	7	5,68	1,38	493	2	7	6,54	0,76
22		-Resolve problemas com criatividade e inteligência	633	1	7	5,07	1,53	491	2	7	6,36	0,80
23		-Impulsiona a unidade para o cumprimento dos seus object.	634	1	7	5,36	1,46	480	2	7	6,36	0,83
24		-Encoraja os subordinados a partilhar ideias em grupo	631	1	7	4,92	1,59	492	1	7	6,30	0,90
25		-Procura inovações e melhorias potenciais	628	1	7	4,96	1,53	491	1	7	6,29	0,83
26		-Clarifica prioridades e direcções	636	1	7	5,07	1,41	483	1	7	6,28	0,85
27		-Apresenta ideias novas aos superiores de modo persuasivo	621	1	7	4,57	1,64	489	1	7	6,11	0,99
28		-Proporciona à unidade uma sensação de ordem	633	1	7	4,82	1,66	490	1	7	6,33	0,95
29		-Demonstra preocupação com as necessidades dos subalter.	635	1	7	5,01	1,66	488	2	7	6,35	0,88
30		-Enfatiza a realização dos objectivos propostos para a unid.	629	1	7	5,26	1,43	482	1	7	6,24	0,90
31		-Desenvolve trabalho em equipa	628	1	7	4,99	1,64	487	1	7	6,35	0,87
32		-Analisa planos escritos e projectos	625	1	7	5,12	1,59	485	1	7	6,14	0,98

No sentido de verificar se cada uma das metades dos itens do inventário é tão consistente a medir o constructo como a outra metade determinámos a correlação “Par/ímpar”. Assim, o  $\alpha$  obtido na primeira parte foi de ,960 e na segunda parte foi de ,955. Obtivemos um valor de correlação de Spearman-Brown de ,980 (Tabela 15) que nos indica a consistência esperada quando se aplica o instrumento a outras amostras.

Tabela 15 – Estatísticas referentes ao método das metades – *Split-half*

	Media	Desvio Padrão	$\alpha$
Parte 1	81,26	19,238	,960
Parte 2	81,61	18,780	,955

*Split-half* = ,980

Spearman-Brown = ,980

### Validade do constructo

Tendo em conta que o modelo é complexo e contrastante iniciámos pela análise factorial dos 8 papéis de liderança de acordo com o modelo de Quinn. A análise factorial, com rotação ortogonal do tipo Varimax por dimensão, revelou a existência de 8 factores unidimensionais, dado que se assumem como um factor, com raízes lactentes superiores a 1 e com uma variância total superior a 66,50% por factor. Obtiveram-se globalmente saturações elevadas e positivas em cada factor (papel de liderança), levando a supor-se que quanto maior é a percepção dos papéis de liderança maior é o nível de desempenho nesses papéis.

Conforme podemos observar na Tabela 16, os valores de *Alpha de Cronbach* obtidos em cada dimensão foram superiores a ,83. Os coeficientes obtidos para os papeis de monitor e *broker* foram ,83, para o papel de coordenador ,85, para o papel de director ,88, para os papeis de facilitador e mentor ,91, e para os papéis de produtor e inovador ,91. Para os 32 itens que constituem o instrumento de liderança, o resultado foi de ,96.

Tabela 16 – Análise factorial por dimensão, saturação no factor, comunalidade, *eigenvalues*, KMO, % da variância acumulada e o Alpha

Factor/dimensão	Itens	Saturação no factor	Comunalidade	<i>Eigenvalues</i>	KMO	Bartlett's	% variância acumulada	Alpha
<b>Broker</b>	3	,784	,727	2,667	,795	896,135	66,671	,830
	13	,853	,272					
	18	,757	,573					
	27	,867	,752					
<b>Inovador</b>	1	,865	,748	3,082	,844	1457,292	77,045	,900
	10	,859	,738					
	22	,884	,781					
	25	,903	,815					
<b>Produtor</b>	5	,864	,746	3,114	,849	1521,770	77,857	,905
	15	,870	,756					
	23	,902	,814					
	30	,894	,799					
<b>Director</b>	7	,804	,646	3,004	,829	1404,981	75,108	,889
	12	,875	,765					
	19	,915	,838					
	26	,870	,756					
<b>Coordenador</b>	2	,833	,693	2,788	,825	1025,091	69,701	,853
	9	,811	,657					
	21	,846	,716					
	28	,850	,722					
<b>Monitor</b>	4	,854	,730	2,662	,790	914,655	66,554	,826
	14	,736	,542					
	17	,812	,659					
	32	,855	,731					
<b>Mentor</b>	8	,874	,764	3,205	,845	1802,155	80,114	,917
	16	,931	,868					
	20	,860	,759					
	29	,874	,833					
<b>Facilitador</b>	6	,883	,779	3,212	,841	1717,233	80,306	,918
	11	,912	,832					
	24	,901	,812					
	31	,889	,790					

Os resultados obtidos neste estudo estão globalmente de acordo com os obtidos por Parreira *et al.* (2006), num estudo que teve como objectivo descrever as características, de uma versão portuguesa, da Escala de Liderança, adaptada ao contexto da saúde, numa amostra de 250 enfermeiros. De uma forma global verificámos que o constructo está de acordo com o modelo teórico dos valores contrastantes de Quinn, que lhe deu origem.

### Estudo correlacional

A validade dos itens foi avaliada através da correlação inter-itens e dos itens com a dimensão a que pertencem, com e sem sobreposição. Como podemos observar nas tabelas seguintes, os valores correlacionais são moderados e fortes. Os itens apresentam relação mais forte com o factor a que teoricamente pertencem, sendo abonatório de homogeneidade de conteúdo dos itens dentro de cada factor.

As correlações de cada item com a dimensão a que teoricamente pertence são superiores a ,40, pelo que, segundo Ribeiro (2004), podemos afirmar que o conjunto dos itens define um constructo.

Tabela 17 – Correlações bicaudais r de Pearson inter-itens e itens/factor *Broker*

	Liderança 13_B1	Liderança 18_B1	Liderança 27_B1	Liderança 3_B1	Papel de <i>Broker</i>
Liderança 13_B1	1	,533**	,696**	,543**	,859**
Liderança 18_B1		1	,525**	,458**	,733**
Liderança 27_B1			1	,590**	,868**
Liderança 3_B1				1	,797**

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 18 – Correlações bicaudais r de Pearson inter-itens e itens/factor *Coordenador*

	Liderança 2_C1	Liderança 21_C1	Liderança 28_C1	Liderança 9_C1	Papel de <i>Coordenador</i>
Liderança 2_C1	1	,611**	,618**	,548**	,826**
Liderança 21_C1		1	,631**	,584**	,834**
Liderança 28_C1			1	,586**	,858**
Liderança 9_C1				1	,820**

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 19 – Correlações bicaudais r de Pearson inter-itens e itens/factor *Director*

	Liderança 12_D1	Liderança 19_D1	Liderança 26_D1	Liderança 7_D1	Papel de <i>Director</i>
Liderança 12_D1	1	,757**	,683**	,599**	,873**
Liderança 19_D1		1	,758**	,644**	,911**
Liderança 26_D1			1	,583**	,866**
Liderança 7_D1				1	,813**

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 20 – Correlações bicaudais r de Pearson inter-itens e itens/factor Facilitador

	Liderança 11_F1	Liderança 24_F1	Liderança 31_F1	Liderança 6_F1	Papel de Facilitador
Liderança 11_F1	1	,786**	,724**	,744**	,910**
Liderança 24_F1		1	,735**	,694**	,900**
Liderança 31_F1			1	,719**	,892**
Liderança 6_F1				1	,882**

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 21 – Correlações bicaudais r de Pearson inter-itens e itens/factor Mentor

	Lider16_Men1	Lider20_Men1	Liderança29_Men1	Liderança8_Men1	Papel de Mentor
Liderança16_Men1	1	,745**	,824**	,755**	,930**
Liderança20_Men1		1	,701**	,650**	,859**
Liderança29_Men1			1	,739**	,913**
Liderança8_Men1				1	,876**

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 22 – Correlações bicaudais r de Pearson inter-itens e itens/factor Monitor

	Liderança14_Mo1	Liderança17_Mo1	Liderança32_Mo1	Lideran_Mo1	Papel de Monitor
Liderança14_Mo1	1	,409**	,551**	,491**	,775**
Liderança17_Mo1		1	,594**	,634**	,789**
Liderança32_Mo1			1	,632**	,855**
Liderança4_Mo1				1	,835**

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 23 – Correlações bicaudais r de Pearson inter-itens e itens/factor Produtor

	Liderança 15_P1	Liderança 23_P1	Liderança 30_P1	Liderança 5_P1	Papel de Produtor
Liderança 15_P1	1	,701**	,705**	,668**	,868**
Liderança 23_P1		1	,758**	,709**	,902**
Liderança 30_P1			1	,682**	,893**
Liderança 5_P1				1	,867**

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 24 – Correlações bicaudais r de Pearson inter-itens e itens/factor Inovador

	Liderança 1_In1	Liderança 10_In1	Liderança 22_In1	Liderança 25_In1	Papel de Inovador
Liderança 1_In1	1	,645**	,692**	,695**	,874**
Liderança 10_In1		1	,659**	,719**	,753**
Liderança 22_In1			1	,746**	,888**
Liderança 25_In1				1	,896**

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Como podemos verificar, na Tabela 25, globalmente todos os itens apresentam correlações mais fortes com o factor a que teoricamente pertencem do que a outro factor, exceptuam-se os itens 3 e 10.

Verificámos que as correlações do item com o factor sem sobreposição apresentam valores moderados sendo, na sua maioria, superior a ,60, excepto os itens 14 e 18, respectivamente com valores de ,564 e ,586. As correlações são globalmente mais elevadas entre os itens e a dimensão a que teoricamente pertencem do que a outras dimensões, sugerindo que os itens de cada dimensão têm proximidade suficiente para constituírem uma dimensão (validade convergente discriminante), sendo indício de validade do constructo.

Tabela 25 – Correlações bicaudais r de Pearson item/factores da escala de Liderança

	Sem Sobreposição do item	Papel de Broker	Papel de Coordenador	Papel de Director	Papel de Facilitador	Papel de Inovador	Papel de Mentor	Papel de Monitor	Papel de Produtor
13_Broker	,713	,859	,607	,623	,632	,646	,552	,632	,591
18_Broker	,586	,733	,586	,583	,549	,544	,539	,565	,566
27_Broker	,740	,868	,707	,704	,707	,789	,587	,652	,678
3_Broker	,620	,797	,806	,666	,822	,753	,785	,638	,679
2_Coordenador	,693	,657	,826	,669	,680	,659	,579	,656	,683
21_Coordenador	,713	,653	,834	,641	,687	,634	,638	,617	,689
28_Coordenador	,717	,774	,858	,741	,739	,718	,621	,701	,747
9_Coordenador	,664	,681	,820	,621	,772	,692	,774	,584	,630
12_Director	,766	,660	,671	,873	,650	,633	,512	,723	,789
19_Director	,833	,758	,758	,911	,735	,721	,596	,782	,848
26_Director	,759	,763	,778	,866	,796	,800	,644	,757	,811
7_Director	,669	,602	,613	,813	,606	,543	,450	,641	,689
11_Facilitador	,836	,750	,758	,711	,910	,775	,780	,651	,684
24_Facilitador	,819	,735	,747	,720	,900	,781	,734	,647	,701
31_Facilitador	,800	,733	,776	,708	,892	,757	,741	,710	,702
6_Facilitador	,792	,759	,796	,717	,882	,760	,745	,686	,721
1_Inovador	,758	,724	,698	,639	,733	,874	,590	,641	,652
10_Inovador	,750	,722	,733	,693	,783	,753	,654	,701	,684
22_Inovador	,786	,768	,792	,697	,791	,888	,742	,674	,711
25_Inovador	,817	,784	,783	,790	,833	,896	,665	,751	,765
16_Mentor	,870	,720	,738	,614	,805	,700	,930	,598	,628
20_Mentor	,756	,575	,611	,470	,664	,561	,859	,421	,437
29_Mentor	,838	,746	,790	,661	,827	,721	,913	,628	,665
8_Mentor	,778	,638	,666	,533	,736	,645	,876	,500	,552
14_Monitor	,564	,499	,445	,563	,425	,464	,286	,775	,601
17_Monitor	,641	,716	,733	,714	,708	,691	,673	,789	,701
32_Monitor	,716	,631	,635	,723	,639	,646	,470	,855	,754
4_Monitor	,708	,661	,748	,718	,703	,692	,561	,835	,744
15_Produtor	,767	,604	,644	,752	,576	,577	,445	,722	,868
23_Produtor	,817	,712	,759	,819	,742	,737	,607	,761	,902
30_Produtor	,804	,685	,724	,806	,703	,697	,549	,769	,893
5_Produtor	,758	,705	,770	,787	,729	,717	,606	,766	,867

### Fidelidade

Estão representados na Tabela 26 os valores de Alpha encontrados pelo autor da escala (Quinn, 1988), no estudo da adaptação ao contexto da saúde por Parreira *et al.* (2006) e os obtidos no nosso estudo. Quanto ao estudo das dimensões podemos concluir que apresentam uma boa consistência interna, com valores ligeiramente superiores aos

resultados obtidos pelo autor do instrumento (Quinn) e no estudo de adaptação ao contexto da saúde em Portugal (Parreira *et al.*, 2006).

Tabela 26 – Itens e *Alpha de Cronbach* de cada dimensão da escala de Liderança

Dimensões (Papéis de liderança)	Itens	Valores de Alpha obtidos por (Quinn, 1988)	Valores de Alpha obtidos por Parreira <i>et al.</i> (2006)	Valores de Alpha obtidos neste estudo
Papel de Monitor	4, 14, 17, 32	,73	,80	,83
Papel de <i>Broker</i>	3, 13, 18, 27	,85	,79	,83
Papel de Coordenador	2, 9, 21, 28	,77	,82	,85
Papel de Director	7, 12, 19, 26	,79	,85	,88
Papel de Facilitador	6, 11, 24,31	,89	,87	,91
Papel de Inovador	1, 10, 22,25	,90	,90	,90
Papel de Mentor	8, 16, 20, 29	,89	,87	,91
Papel de Produtor	5, 15, 23, 30	,72	,90	,90

Na Tabela 27 são apresentadas as correlações entre as várias dimensões da escala de Liderança onde podemos verificar correlações moderadas e fortes, indiciando relativa independência entre as dimensões.

Tabela 27 – Correlações entre dimensões (papéis de liderança) da escala de Liderança

Dimensões	Papel de <i>Broker</i>	Papel de Coordenador	Papel de Director	Papel de Facilitador	Papel de Inovador	Papel de Mentor	Papel de Monitor	Papel de Produtor
Papel de <i>Broker</i>	1	,831**	,795**	,831**	,841**	,751**	,760**	,768**
Papel de Coordenador		1	,807**	,859**	,820**	,784**	,771**	,822**
Papel de Director			1	,798**	,776**	,634**	,832**	,897**
Papel de Facilitador				1	,862**	,841**	,750**	,782**
Papel de Inovador					1	,732**	,754**	,777**
Papel de Mentor						1	,596**	,632**
Papel de Monitor							1	,853**
Papel de Produtor								1

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed) n= 419

Procedemos de seguida à análise das medidas de tendência central e dispersão nas oito dimensões teóricas, conforme Tabela 28, onde podemos verificar boa capacidade discriminatória das dimensões.

Tabela 28 – Valores mínimos, máximos, média e desvio padrão nas dimensões dos papéis de liderança

Dimensão	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Papel de Monitor	597	1,00	7,00	5,08*	1,24
Papel de <i>Broker</i>	582	1,00	7,00	4,99*	1,28
Papel de Coordenador	604	1,00	7,00	5,14*	1,25
Papel de Director	602	1,00	7,00	5,29*	1,24
Papel de Facilitador	594	1,00	7,00	4,94*	1,44
Papel de Inovador	463	1,00	7,00	4,98*	1,12
Papel de Mentor	612	1,00	7,00	5,28*	1,44
Papel de Produtor	598	1,00	7,00	5,31*	1,27

\* Os *scores* foram obtidos através do somatório dos itens que representam cada dimensão, divididos pelo número de itens

Fazendo uma análise global da Escala de Liderança, esta parece apresentar propriedades psicométricas satisfatórias, indiciando ser um instrumento adequado para avaliar os oito papéis de liderança.

Conforme já tivemos oportunidade de referir, este instrumento apresenta um bom poder discriminativo de resposta em todos os itens, apresentando relação mais forte com o factor a que teoricamente pertence do que a outro factor, sendo abonatório da homogeneidade de conteúdo dos itens dentro de cada factor.

As correlações do item com o factor sem sobreposição, apresentam valores moderados sendo na sua maioria superiores a ,60 sugerindo relativa interdependência entre os factores, sendo abonatório de uma escala representativa de um constructo constituído por vários papéis de liderança, estando, assim, de acordo com o modelo teórico dos valores contrastantes de Quinn, que lhe deu origem.

Encontrámos valores de consistência interna dos factores teóricos superiores a ,80, como recomendado por Ribeiro (2004), sendo ligeiramente superiores aos encontrados pelo autor da Escala (Quinn) e no estudo realizado no contexto da saúde por Parreira *et al.* (2006).

### 3.2.1.3 – Inventário de Estilos de Aprendizagem

Kolb e seus colaboradores conceberam o *Kolb Learning Style Inventory 3.1* (KLSI) (Kolb e Kolb 2005), para avaliar o estilo de aprendizagem em populações de médicos, enfermeiros, gestores, engenheiros, formadores, terapeutas e estudantes.

O *Kolb Learning Style Inventory 3.1* (KLSI) foi traduzido em várias línguas (árabe, chinês, francês, japonês, italiano, português do Brasil, espanhol, sueco e em thai) e foi efectuado estudo de validade em diversos contextos culturais (Yamazaki, 2006). Dado que este inventário não estava traduzido para português de Portugal, foi efectuado a sua tradução, adaptação e estudo de validade para a população portuguesa e análise das suas propriedades psicométricas.

Para se proceder ao estudo de tradução, adaptação e validação foi pedida a autorização aos seus autores (Anexo 3). O processo de tradução seguiu os procedimentos sugeridos por Prieto (1992). Assim, a versão inglesa do KLSI foi traduzida para a língua portuguesa por duas tradutoras bilingues independentes, a quem foram explicados os objectivos do inventário. A versão obtida foi retrovertida para inglês por outros dois tradutores bilingues, conforme sugere a metodologia. Em seguida, para validar as equivalências semânticas e equivalências de sentido das duas versões, utilizou-se a metodologia da sua discussão por um painel constituído por quatro peritos, na área da enfermagem e da psicologia do desenvolvimento que conferiram que a versão original do KLSI e as versões finais, em português de Portugal, assinalaram uma comcordância em termos de proximidade sendo praticamente coincidentes. Este processo decorreu nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2009.

O inventário foi sujeito a um pré-teste para a adequação à população a estudar. O pré-teste foi aplicado a 20 enfermeiros com mais de um ano de exercício profissional por apresentarem características semelhantes às da amostra que se pretende estudar. O pré-teste realizou-se, durante a primeira quinzena de Março de 2009. Com o pré-teste pretendeu-se averiguar se as instruções do preenchimento eram claras e se todas as questões foram compreendidas por todos da mesma forma.

Depois de recebidos os questionários preenchidos e os respectivos comentários, procedeu-se à análise dos mesmos, não se tendo detectado dificuldade no preenchimento. Para a adaptação e análise das características psicométricas do inventário, começámos por realizar o estudo descritivo que, segundo Ribeiro (1999), é relevante, na medida em que, a descrição minuciosa do conteúdo e padrão de respostas fornece informação importante, pertinente e avaliativa da validade de conteúdo.

Desta forma, procedemos à análise da distribuição dos itens evidenciando o seu poder discriminativo, pelo que, foram calculadas a média, o desvio padrão, o mínimo e o máximo para cada item, conforme apresentado na Tabela 29.

Em relação aos valores obtidos nas medidas de tendência central e de dispersão nas respostas, podemos verificar uma heterogeneidade de respostas obtidas, com respostas em todos os pontos do inventário.

Os itens que apresentaram valores médios mais elevados foram o item 5 (Eu aprendo melhor quando escuto e observo com cuidado) o que pode indiciar que os enfermeiros aprendem melhor quando se sentem responsáveis, escutando e observando com cuidado. O item 13 (Eu aprendo sentindo) apresentou o valor médio mais baixo denotando que os enfermeiros valorizam pouco o sentimento na aprendizagem.

Tabela 29 – Valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão dos itens do KLSI

Nº Item	Itens	n	Min	Max	Med	DP
1	iea1_1-Quando eu aprendo gosto de lidar com meus sentimentos	636	1	4	1,84	1,04
2	iea1_2-Quando eu aprendo gosto de reflectir sobre as ideias	635	1	4	3,00	0,92
3	iea1_3-Quando eu aprendo gosto de estar a fazer coisas.	636	1	4	2,21	1,04
4	iea1_4-Quando eu aprendo gosto de observar e escutar	637	1	4	2,96	1,01
5	iea2_1-Eu aprendo melhor quando escuto e observo com cuidado	634	1	4	3,29	1,03
6	iea2_2-Eu aprendo melhor quando confio no pensamento lógico	637	1	4	2,42	0,92
7	iea2_3-Eu aprendo melhor quando confio nas minhas intuições e sentimentos	636	1	4	1,93	1,01
8	iea2_4-Eu aprendo melhor quando trabalho de forma intensa para realizar as coisas	635	1	4	2,38	1,05
9	iea3_1-Quando estou a aprender tendo a examinar as coisas	637	1	4	2,99	0,97
10	iea3_2-Quando estou a aprender sou responsável em relação às coisas	635	1	4	3,08	0,86
11	iea3_3-Quando estou a aprender mantenho-me calado e reservado	636	1	4	2,05	1,08
12	iea3_4-Quando estou a aprender tenho sentimentos e reacções fortes	635	1	4	1,87	0,99
13	iea4_1-Eu aprendo sentindo.	634	1	4	1,65	1,06
14	iea4_2-Eu aprendo fazendo	637	1	4	2,94	1,02
15	iea4_3-Eu aprendo observando	636	1	4	2,84	0,98
16	iea4_4-Eu aprendo pensando	636	1	4	2,59	0,92
17	iea5_1-Quando aprendo fico aberto a novas experiências	634	1	4	2,44	1,23
18	iea5_2-Quando aprendo examino todos os lados das questões	634	1	4	2,40	0,99
19	iea5_3-Quando aprendo gosto de analisar as coisas decompondo-as nas suas partes	634	1	4	2,53	1,13
20	iea5_4-Quando aprendo gosto de experimentar as coisas.	634	1	4	2,63	1,10
21	iea6_1-Quando estou a aprender sou uma pessoa observadora	635	1	4	3,10	1,07
22	iea6_2-Quando estou a aprender sou uma pessoa activa	634	1	4	2,62	1,04
23	iea6_3-Quando estou a aprender sou uma pessoa intuitiva	634	1	4	1,76	1,00
24	iea6_4-Quando estou a aprender sou uma pessoa lógica	633	1	4	2,52	0,92
25	iea7_1-Aprendo melhor através da observação	635	1	4	2,83	0,95
26	iea7_2-Aprendo melhor através de relacionamentos pessoais	635	1	4	2,11	0,99
27	iea7_3-Aprendo melhor através de teorias racionais	635	1	4	1,90	1,03
28	iea7_4-Aprendo melhor através de uma oportunidade de experimentar e praticar	637	1	4	3,17	1,00
29	iea8_1-Quando aprendo gosto de ver os resultados do meu trabalho.	634	1	4	3,06	1,01
30	iea8_2-Quando aprendo gosto de ideias e teorias	634	1	4	1,73	0,97
31	iea8_3-quando aprendo penso antes de agir.	635	1	4	2,58	1,01
29	iea8_4-Quando aprendo sinto-me pessoalmente envolvido nas coisas	634	1	4	2,62	1,05
30	iea9_1-Eu aprendo melhor quando confio nas minhas observações	632	1	4	2,97	0,94
31	iea9_2-Eu aprendo melhor quando confio nos meus sentimentos.	632	1	4	1,82	1,04
32	iea9_3-Eu aprendo melhor quando posso tentar as coisas por mim mesmo	635	1	4	2,84	1,16
29	iea9_4-Eu aprendo melhor quando confio nas minhas ideias	631	1	4	2,39	0,94
30	iea10_1-Quando estou a aprender sou uma pessoa reservada	635	1	4	1,86	1,10
31	iea10_2-Quando estou a aprender sou uma pessoa acolhedora	635	1	4	2,08	0,92
32	iea10_3-Quando estou a aprender sou uma pessoa responsável	636	1	4	3,29	0,87
33	iea10_4-Quando estou a aprender sou uma pessoa racional	635	1	4	2,78	0,94
34	iea11_1-Quando aprendo envolvo-me	636	1	4	2,64	1,20
35	iea11_2-Quando aprendo gosto de observar	635	1	4	2,53	1,12
36	iea11_3-Quando aprendo avalio as coisas	635	1	4	2,28	1,00
37	iea11_4-Quando aprendo gosto de estar activo	635	1	4	2,56	1,11
38	iea12_1-Aprendo melhor quando analiso as ideias	630	1	4	2,70	1,03
39	iea12_2-Aprendo melhor quando sou receptivo e tenho a mente aberta	630	1	4	2,92	1,06
40	iea12_3-Aprendo melhor quando sou cuidadoso	629	1	4	1,99	1,03
41	iea12_4-Aprendo melhor quando sou prático	629	1	4	2,40	1,13

Para avaliarmos as qualidades psicométricas deste inventário, tal como foi feito pelos seus autores, avaliámos a consistência interna usando o *Alpha de Cronbach*.

Estão representados na Tabela 30 os valores de Alpha encontrados pelo autor da escala (Kolb e Kolb, 2005) e os obtidos neste estudo. Verificámos que os valores do *Alpha de Cronbach* obtido por dimensão, neste estudo, foram ligeiramente inferiores aos resultados obtidos pelos autores do inventário (Kolb e Kolb, 2005) numa amostra de 5023 indivíduos estudantes de licenciatura e pós-graduações em várias áreas, metade da amostra era composta por indivíduos do sexo feminino e a outra metade do sexo masculino, sendo oriundos de vários países EUA, Canadá, Reino Unido, Índia, Alemanha, Brasil, Singapura, França e Japão.

Nos sete estudos, realizados com populações diferentes, utilizando o KLSI 3.1, os valores médios encontrados para o Coeficiente de Alfa de Cronbach foram ,70 (Kolb e Kolb, 2005).

Os resultados deste estudo estão em consonância com estes autores ao referirem que as escalas ipsativas produzem estimativas de consistência interna mais baixas, dado que, os valores são atenuados devido ao facto da maioria das correlações inter-itens serem negativas, fazendo com que *scores* elevados em determinadas dimensões provoquem *scores* baixos nas outras dimensões (Kayes, 2005).

Embora o valor de Alpha mínimo recomendado seja ,80, há pesquisadores contemporâneos que, em dados ipsativos, consideram adequados valores de Alpha em torno de ,60 e ,70 (Meade, 2004). Portanto, podemos considerar que os valores de Alpha, obtidos neste estudo, indiciam características psicométricas adequadas para ser considerado um instrumento com um grau de confiança aceitável.

Tabela 30 – Itens e *Alpha de Cronbach* de cada dimensão do Inventário de Estilos de Aprendizagem

Dimensões (Modos de aprendizagem)	Itens	<i>Alpha de Cronbach</i>	
		(Kolb e Kolb, 2005) 2005)	Estudo actual
Experiência Concreta (EC)	1A, 2C, 3D, 4A, 5A, 6C, 7B, 8D, 9B, 10B, 11A, 12B	,77	,79
Observação Reflexiva (OR)	1D, 2A, 3C, 4C, 5B, 6A, 7A, 8C, 9A, 10A, 11B, 12C	,81	,72
Conceptualização Abstracta (CA)	1B, 2B, 3A, 4D, 5C, 6D, 7C, 8B, 9D, 10D, 11C, 12A	,84	,66
Experimentação Activa (EA)	1C, 2D, 3B, 4B, 5D, 6B, 7D, 8A, 9C, 10C, 11D, 12D	,80	,75

Como o KLSI tem um formato de escolha forçada que permite classificar as preferências de cada indivíduo nos quatro modos de aprendizagem, não iremos utilizar a análise factorial, dado que, de acordo com Cornwell e Dunlap, citado por Kolb e Kolb (2005), os resultados ipsativos não podem ser factorizados. Estes autores acrescentam que a análise com base na correlação dos dados ipsativos produzem resultados não interpretáveis e inválidos.

Procedemos seguidamente à análise das medidas de tendência central e dispersão nas quatro dimensões teóricas, conforme Tabela 31, onde podemos verificar boa capacidade discriminatória das dimensões, sendo que, o modo de aprendizagem mais valorizado foi a experimentação activa.

Tabela 31 – Valores mínimos, máximos, média e desvio padrão nas dimensões/modos de aprendizagem, CA-EC e EA-OR

Dimensão/ Modos de aprendizagem	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Experiência Concreta (EC)	619	12,00	48,00	25,63	6,88
Observação Reflexiva (OR)	619	14,00	47,00	31,44	6,07
Conceptualização Abstracta (CA)	619	13,00	47,00	29,85	5,38
Experimentação Activa (EA)	622	15,00	48,00	33,18	6,44
CA-EC	616	-34,00	31,00	4,25	10,13
EA-OR	618	-25,00	32,00	1,70	10,32

Em resumo, após realizada a tradução e adaptação do Inventário de Estilos de Aprendizagem para português de Portugal, verificámos existência de equivalência conceptual, semântica e equivalência de medida (Ribeiro, 1999).

Podemos verificar uma heterogeneidade de respostas obtidas, com respostas em todos os pontos do inventário. Os valores de consistência interna dos factores foram iguais ou superiores a ,66 indiciando características psicométricas adequadas para ser considerado um instrumento com um grau de confiança aceitável.

Depois de realizada a adaptação e análise das propriedades psicométricas dos instrumentos, apresentamos e discutimos os resultados obtidos através da aplicação destes três instrumentos de colheita de dados, no sentido de dar resposta às questões de investigação.

### 3.2.2 – Competências Relacionais de Ajuda

Começámos por efectuar o cálculo das pontuações obtidas no total da escala ICRA e de cada uma das dimensões do ICRA, verificando-se que os valores do ICRA total oscilam entre 1,79 e 7, com uma média de 5,40 e um desvio padrão de ,70.

Os valores obtidos nas dimensões do ICRA encontram-se de uma forma geral acima dos valores intermédios (3,5). Como podemos observar na Tabela 32 as médias oscilam entre 4,80 e 5,99, obtendo-se o valor mais elevado na dimensão competências genéricas (5,99) e o valor mais baixo nas competências de contacto (4,80).

Tabela 32 – Mínimo, máximo, média, desvio padrão e mediana da escala Total do ICRA e nas dimensões

Dimensões	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
ICRA _Total	1,79	7,00	5,40	0,70	5,40
Competências Genéricas	1,20	7,00	5,99	0,66	6,07
Competências Empáticas	1,77	7,00	5,24	0,86	5,23
Competências de Comunicação	1,89	7,00	5,59	0,87	5,67
Competências de Contacto	1,29	7,00	4,80	1,20	4,86

#### **Relação das competências relacionais de ajuda com as variáveis sociodemográficas**

Na Tabela 33 são apresentados os resultados das análises estatísticas efectuadas que visam avaliar a variação das competências relacionais de ajuda em função do sexo.

Através da análise dos resultados obtidos da aplicação do teste t para amostras independentes verificámos que globalmente os valores médios das competências relacionais de ajuda são superiores para o sexo feminino. As enfermeiras apresentam um nível mais elevado de competências genéricas ( $F=4,466$ ;  $p=,000$ ) de comunicação ( $F=,024$ ;  $p=,003$ ) e de competências empáticas ( $F=1,876$ ;  $p=,045$ ) do que os enfermeiros. As competências de contacto obtiveram valores médios muito próximos nos dois sexos (4,97 e 4,93) não havendo diferenças estatísticas significativas, tal como apresentado na Tabela 33.

Tabela 33 – Teste t para amostras independentes entre as competências relacionais de ajuda e o sexo

Dimensões	Sexo	n	Média	Desvio Padrão	F	p
Competências de comunicação	Feminino	515	5,64	,83	,024	,003
	Masculino	119	5,38	,85		
Competências de contacto	Feminino	512	4,97	1,07	,945	,676
	Masculino	116	4,93	,96		
Competências empáticas	Feminino	509	5,26	,85	1,876	,045
	Masculino	117	5,09	,81		
Competências genéricas	Feminino	498	5,94	,61	4,466	,000
	Masculino	114	5,70	,71		

A análise relativa à relação entre a variável idade e as dimensões das competências relacionais de ajuda foi efectuada a partir do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson.

Conforme podemos verificar na Tabela 34, a idade correlaciona-se positiva e significativamente com as competências empáticas ( $r = ,094$ ;  $p = ,020$ ) embora sejam correlações fracas. Nas restantes dimensões as correlações não são significativas apesar das correlações serem positivas.

Tabela 34 – Correlação de Pearson entre a idade e as competências relacionais de ajuda

Dimensões	Idade	
	r	p
Competências de comunicação	,026	,517
Competências de contacto	,066	,098
Competências empáticas	,094	,020
Competências genéricas	,036	,378

Com o intuito de avaliar diferenças na percepção do nível de competências por “categoria profissional” procedemos à análise da variância (ANOVA). Conforme podemos constatar na Tabela 35, verificámos que são os enfermeiros com a categoria de enfermeiro especialista que apresentam valores médios mais elevados nas dimensões competências de comunicação e genéricas. As competências de contacto e empáticas apresentam valores superiores na categoria de “enfermeiro” e valores muito próximos da categoria dos

“enfermeiros graduados”, sendo que as diferenças apenas foram estatisticamente significativas para a dimensão competências empáticas ( $F= 3,879$ ;  $p= ,021$ ).

Dado terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as categorias profissionais na dimensão competências empáticas, prosseguimos com o teste *post hoc* de Tuckey. As diferenças encontradas foram entre as categorias “enfermeiro” e “enfermeiro graduado” ( $p= ,022$ ).

Tabela 35 – Análise da variância (ANOVA) entre as competências relacionais de ajuda e a categoria profissional.

Dimensões	Enfermeiro		Enf.º Graduado		Enf.º Especialista		F	P
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
Competências comunicação	5,56	,827	5,61	,85	5,73	,95	1,094	,335
Competências contacto	4,74	1,13	4,83	1,25	4,83	1,15	,480	,619
Competências empáticas	5,14*	,80	5,34**	,87	5,26	,94	3,879	<b>,021</b>
Competências genéricas	5,92	,60	6,03	,68	6,05	,75	2,299	,101

\* e \*\* p ,021

A análise relativa à relação entre os “anos de profissão” e o “tempo no actual serviço”, e as dimensões das competências relacionais de ajuda foi efectuada a partir do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson.

Conforme podemos verificar na Tabela 36, os “anos de profissão” e o “tempo no actual serviço” correlacionam-se positiva e significativamente com as competências empáticas ( $r= ,107$ ,  $p= ,008$ ;  $r= ,102$ ,  $p= ,015$ ). O “tempo no actual serviço” correlaciona-se, também, com as competências genéricas ( $r= ,109$ ,  $p= ,010$ ), embora sejam correlações fracas. As restantes dimensões das competências relacionais de ajuda apesar de apresentarem correlações positivas para “os anos de profissão” e “tempo no actual serviço” as diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 36 – Correlação de Pearson entre os anos de profissão e o tempo no actual serviço e as dimensões das competências relacionais de ajuda.

Dimensões	Anos de profissão		Tempo no actual serviço	
	r	p	r	p
Competências de comunicação	,026	,515	,040	,343
Competências de contacto	,066	,102	,079	,059
Competências empáticas	,107	<b>,008</b>	,102	<b>,015</b>
Competências genéricas	,039	,333	,109	<b>,010</b>

### 3.2.3 – Desempenho dos papéis de liderança

Apresentamos em seguida as estatísticas descritivas da percepção dos enfermeiros sobre o que “é característico” e o que “devia ser característico” no desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros chefes. Apresentamos, também, o *gap* entre o que é percebido como “característico” e o que “devia ser característico” no desempenho da liderança.

Como podemos verificar na Tabela 37 todos os papéis de liderança, percebidos pelos enfermeiros como “característico”, apresentam valores médios superiores a 4,94, sendo os papéis de produtor (5,31), director (5,28), mentor (5,27) e coordenador (5,13) aqueles que apresentam valores médios superiores, apesar dos seus valores médios não serem muito superiores aos outros papéis. O papel de facilitador foi aquele que foi percebido com menor ênfase (4,94).

Quanto à percepção do que “devia ser característico” na liderança verificámos que os valores mínimos e máximos variam entre 2,25 e 7. As expectativas dos enfermeiros liderados enfatizam os papéis de director (6,34) mentor e facilitador (6,33).

O *gap*, obtido entre a percepção de liderança apresentada e a desejada, apresentou valores médios mais baixos no papel de produtor (1,15) e valores médios mais elevados no papel de facilitador (1,59).

Tabela 37 – Mínimo, máximo, média e desvio padrão da percepção dos papéis de liderança desempenhados pelos enfermeiros gestores

Papéis de liderança	É característico					Devia ser característico					Gap				
	n	Min	Max	Med	DP	n	Min	Max	Med	DP	n	Min	Max	Med	DP
Papel de <i>Broker</i>	582	1,00	7,00	4,99	1,28	452	2,50	7,00	6,21	,69	435	-,75	5,75	1,39	1,22
Papel de facilitador	594	1,00	7,00	4,94	1,43	461	2,50	7,00	6,33	,66	448	-,25	6,00	1,59	1,36
Papel de inovador	463	2,00	7,00	4,98	1,12	458	2,25	7,00	6,16	,66	447	-,25	4,50	1,21	1,03
Papel de mentor	612	1,00	7,00	5,27	1,43	454	3,25	7,00	6,33	,64	448	-,75	6,00	1,26	1,36
Papel de Monitor	597	1,00	7,00	5,08	1,23	449	3,00	7,00	6,11	,69	437	-,75	6,00	1,17	1,20
Papel de Produtor	598	1,00	7,00	5,31	1,26	453	2,75	7,00	6,28	,69	439	-1,5	6,00	1,15	1,22
Papel de Coordenador	604	1,00	7,00	5,13	1,25	456	2,25	7,00	6,32	,67	447	-,25	5,75	1,38	1,26
Papel de Director	602	1,00	7,00	5,28	1,23	456	2,25	7,00	6,34	,64	445	-,75	6,00	1,20	1,16

### Diferenças na percepção da liderança em função das variáveis sociodemográficas

Na Tabela 38 são apresentados os resultados das análises estatísticas efectuadas que visam avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros chefes em função do sexo.

Da análise do teste t para amostras independentes verificámos que, globalmente, os valores médios da percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros chefes são muito próximos para os dois sexos, não havendo diferenças estatísticas significativas.

Tabela 38 – Teste t para amostras independentes: desempenho dos papéis de liderança por sexo.

Papéis de liderança	Sexo	n	Média	D.P.	p
Papel de <i>broker</i>	Feminino	460	5,00	1,28	,874
	Masculino	106	4,98	1,22	
Papel de coordenador	Feminino	477	5,12	1,26	,545
	Masculino	109	5,20	1,15	
Papel de director	Feminino	478	5,30	1,23	,379
	Masculino	106	5,19	1,18	
Papel de facilitador	Feminino	470	4,93	1,44	,969
	Masculino	106	4,94	1,34	
Papel de inovador	Feminino	365	4,96	1,11	,748
	Masculino	85	5,00	1,08	
Papel de mentor	Feminino	485	5,26	1,46	,813
	Masculino	108	5,30	1,32	
Papel de monitor	Feminino	475	5,10	1,22	,463
	Masculino	104	5,00	1,21	
Papel de produtor	Feminino	477	5,32	1,26	,762
	Masculino	103	5,27	1,28	

A análise relativa à relação entre a variável idade e a percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros chefes foi efectuada a partir do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson.

Conforme podemos verificar na Tabela 39, a idade correlaciona-se positiva e significativamente com os papéis de *broker* ( $r = ,105$ ;  $p = ,013$ ), coordenador ( $r = ,098$ ;  $p = ,019$ ), facilitador ( $r = ,090$ ;  $p = ,032$ ), inovador ( $r = ,141$ ;  $p = ,003$ ) e mentor ( $r = ,102$ ;  $p = ,013$ ). Nos restantes papéis de liderança as diferenças não são significativas apesar das correlações serem positivas, excepto para o papel de produtor ( $r = -,003$ ;  $p = ,942$ ).

Tabela 39 – Correlação de Pearson entre a idade e o desempenho dos papéis de liderança

Papéis de liderança	Idade	
	r	p
Papel de <i>broker</i>	,105	,013
Papel de coordenador	,098	,019
Papel de director	,024	,573
Papel de facilitador	,090	,032
Papel de inovador	,141	,003
Papel de mentor	,102	,013
Papel de monitor	,054	,201
Papel de produtor	-,003	,942

Com o intuito de avaliar diferenças na percepção do desempenho dos papéis de liderança por “categoria profissional” procedemos à análise da variância (ANOVA). Conforme podemos constatar na Tabela 40, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para os papéis de inovador (F=3,182; p=,042) e mentor (F=3,542; p= ,030). Através do teste *post hoc* de Tuckey verificámos a existência de diferenças entre as categorias “enfermeiro” e “enfermeiro especialista” para o papel inovador (F= ,26; p= ,032). Também para o papel de mentor verificaram-se diferenças entre a categoria de “enfermeiro” com as outras duas categorias respectivamente “enfermeiro graduado” (F= ,053; p= ,029) e “enfermeiro especialista” (F=,831; p= ,044). Sendo obtido o maior *score* no “enfermeiro especialista”.

Tabela 40 – Heteropercepção do desempenho dos papéis de liderança por categoria profissional: análise da variância (ANOVA)

Papéis de liderança	Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		F	P
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
Papel de <i>broker</i>	4,88	1,33	5,07	1,22	5,14	1,18	1,807	,165
Papel de coordenador	5,01	1,26	5,21	1,23	5,29	1,25	2,097	,124
Papel de director	5,31	1,22	5,24	1,25	5,34	1,13	,246	,782
Papel de facilitador	4,80	1,42	5,05	1,41	5,02	1,60	2,141	,118
Papel de inovador	4,84	1,09	5,05	1,13	5,25	1,06	3,182	,042
Papel de mentor	5,11	1,47	5,38	1,41	5,55	1,31	3,542	,030
Papel de monitor	5,02	1,23	5,17	1,19	4,97	1,40	1,243	,289
Papel de produtor	5,34	1,23	5,29	1,27	5,22	1,38	,221	,802

A análise relativa à relação entre os “anos de profissão”, o “tempo neste serviço” e a percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros chefes foi efectuada a partir do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson.

Conforme podemos verificar na Tabela 41, os “anos de profissão” correlacionam-se positiva e significativamente com os papéis de *broker* (r=,105; p=,014), coordenador

( $r=,102$ ;  $p=,014$ ), mentor ( $r=,114$ ;  $p=,006$ ), facilitador ( $r=,089$ ;  $p=,034$ ) e inovador ( $r=,140$ ;  $p=,003$ ). Nos restantes papéis de liderança as correlações não são significativas apesar das correlações serem positivas, excepto para o papel de produtor ( $r=-,006$ ;  $p=,884$ ), no entanto as correlações são fracas.

Quanto ao “tempo no actual serviço”, observam-se correlações positivas em todos os papéis de liderança, no entanto, as diferenças só são significativas para os papéis de *broker* ( $r=,088$ ;  $p=,045$ ), coordenador ( $r=,097$ ;  $p=,025$ ) e inovador ( $r=,123$ ;  $p=,012$ ).

Tabela 41 – Correlação de Pearson entre os anos de profissão, o tempo no actual serviço e o desempenho dos papéis de liderança

Papéis de liderança	Anos de profissão		Tempo no actual serviço	
	r	p	r	p
Papel de <i>broker</i>	,105	,014	,088	,045
Papel de coordenador	,102	,014	,097	,025
Papel de director	,021	,615	,060	,169
Papel de facilitador	,089	,034	,072	,100
Papel de inovador	,140	,003	,123	,012
Papel de mentor	,114	,006	,071	,101
Papel de monitor	,057	,177	,050	,255
Papel de produtor	-,006	,844	,022	,610

### Relação entre os papéis de liderança e as dimensões das competências relacionais de ajuda

Para verificarmos da existência de uma relação entre a percepção dos papéis de liderança e as dimensões das competências relacionais de ajuda, recorreremos ao teste de correlação de Pearson. Os resultados apresentados na Tabela 42 indicam a existência de correlações estatisticamente significativas entre os papéis de liderança e as dimensões das competências relacionais de ajuda, excepto entre o papel de coordenador e as competências de contacto.

Verificámos, também, que todas as correlações são positivas indicando uma associação positiva entre uma maior percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros chefes e um maior nível de competências relacionais de ajuda.

Tabela 42 – Correlação de Pearson entre o desempenho dos papéis de liderança e as dimensões das competências relacionais de ajuda

	Papel Broker	Papel Coordenador	Papel Director	Papel Facilitador	Papel Inovador	Papel Mentor	Papel Monitor	Papel Produtor	Comp Comunicação	Comp Contacto	Comp Empáticas	Comp Genéricas
Papel <i>Broker</i>	1	,831**	,795**	,831**	,841**	,751**	,760**	,768**	,125**	,137**	,191**	,182**
Papel Coorden.		1	,807**	,890**	,820**	,784**	,771**	,822**	,100*	<b>,078</b>	,174**	,155**
Papel Director			1	,798**	,776**	,634**	,832**	,897**	,135**	,113**	,186**	,215**
Papel Facilitad.				1	,862**	,841**	,750**	,782**	,122**	,103*	,236**	,166**
Papel Inovador					1	,732**	,754**	,777**	,168**	,170**	,261**	,167**
Papel Mentor						1	,596**	,632**	,092*	,082*	,167**	,115**
Papel Monitor							1	,853**	,169**	,149**	,238**	,229**
Papel Produtor								1	,155**	,129**	,208**	,198**
Comp Comunic									1	,356**	,646**	,622**
Comp Contacto										1	,454**	,396**
Comp Empática											1	,590**
Comp Genérica												1

\*\* Correlações significativas para  $p < 0.01$

\* Correlações significativas para  $p < 0.05$

### 3.2.4 – Modos de aprendizagem

Quanto aos modos de aprendizagem, tal como apresentado na Tabela 43, verificámos que apresentam *scores* médios mais elevados nos modos de aprendizagem “experimentação activa” (33,18) e *scores* médios mais baixos na “experiência concreta” (25,63). A observação reflexiva (31,44) e a conceptualização abstracta (29,85) apresentam, também, valores médios elevados.

Tabela 43 – Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos modos de aprendizagem

Modos de aprendizagem	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Observação Reflexiva (OR)	619	14,00	47,00	31,44	6,066
Experimentação Activa (EA)	622	15,00	48,00	<b>33,18</b>	6,443
Experiência Concreta (EC)	619	12,00	48,00	25,63	6,884
Conceptualização Abstracta CA)	619	13,00	47,00	29,85	5,382

Na Tabela 44 são apresentados os resultados das análises estatísticas efectuadas que visam avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o modo de aprendizagem dos enfermeiros em função do sexo.

Da análise do teste t para amostras independentes verificámos que as enfermeiras apresentam valores médios mais elevados na “experimentação activa” ( $F=,144$ ;  $p=,002$ ) e os enfermeiros na “conceptualização abstracta” ( $F=,904$ ;  $p=,000$ ). No entanto, os valores médios da percepção dos enfermeiros sobre o modo de aprendizagem “experiência concreta” e “observação reflexiva” são muito próximos para os dois sexos não havendo diferenças estatísticas significativas. Quanto à diferença dos *scores* entre o CA e EC verificámos que os enfermeiros apresentam valores mais elevados enquanto que as enfermeiras apresentam valores mais elevados na escala EA-OR, no entanto, não se verificam diferenças significativas.

Tabela 44 – Teste t para amostras independentes dos modos de aprendizagem por sexo

	Sexo	n	Média	D.P.	F	p
Experiência Concreta (EC)	Feminino	499	25,35	6,69	,028	,548
	Masculino	105	25,79	7,01		
Observação Reflexiva (OR)	Feminino	497	31,58	6,04	,048	,672
	Masculino	107	31,31	6,06		
Conceptualização Abstracta (CA)	Feminino	499	29,59	5,21	,904	,000
	Masculino	106	31,59	5,61		
Experimentação Activa (EA)	Feminino	500	33,58	6,43	,144	,002
	Masculino	107	31,44	6,45		
EA-OR	Feminino	497	1,971	10,37	,047	,081
	Masculino	106	,037	10,23		
CA-EA	Feminino	498	4,23	9,74	,649	,120
	Masculino	104	5,89	10,58		

A análise relativa à relação entre a idade, os “anos de profissão”, o “tempo neste serviço” e a percepção dos enfermeiros sobre os modos de aprendizagem foi efectuada a partir do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson.

Conforme podemos verificar na Tabela 45 a idade correlaciona-se positiva e significativamente com o modo de aprendizagem “experiência concreta” ( $r=,165$ ;  $p=,000$ ), assim como, os “anos de profissão” ( $r=,142$ ;  $p=,001$ ) e o tempo no actual serviço ( $r=,127$ ;  $p=,003$ ). O tempo no actual serviço correlaciona-se, também, negativamente com a “observação reflexiva” ( $r=-,115$ ;  $p=,007$ ). Quanto à diferença dos *scores* entre o CA e EC verificámos que se correlaciona negativa e significativamente com a idade ( $r=-,129$ ;  $p=,002$ ) e os anos de profissão ( $r=-,104$ ;  $p=,012$ ).

Tabela 45 – Correlação de Pearson entre os anos de profissão, o tempo no actual serviço e o desempenho dos papéis de liderança

Modos de aprendizagem	Idade		Anos de profissão		Tempo no actual serviço	
	r	p	r	p	r	p
Experiência Concreta (EC)	,165	,000	,142	,001	,127	,003
Observação Reflexiva (OR)	-,075	,067	-,078	,057	-,115	,007
Conceptualização Abstracta (CA)	-,028	,500	-,019	,641	-,019	,641
Experimentação Activa (EA)	-,061	,135	-,043	,298	-,022	,612
EA-OR	,002	,952	,015	,711	,054	,209
CA-EC	-,129	,002	-,104	,012	-,072	,095

Os enfermeiros com categoria de “enfermeiro” e “enfermeiro especialista” apresentam valores mais elevados na “experimentação activa” enquanto os enfermeiros com categoria de “enfermeiro graduado” apresentam valores mais elevados na “observação reflexiva”. Os modos de aprendizagem “conceptualização abstracta” e “experiência concreta” apresentam valores superiores na categoria de “enfermeiro especialista”. As diferenças apenas foram estatisticamente significativas para a “conceptualização abstracta” (F=3,030; p=,049) entre as categorias de “enfermeiro” e “enfermeiro especialista” (p=,049), como se pode verificar na Tabela 46.

Tabela 46 – Heteropercepção dos modos de aprendizagem por categoria profissional: análise da variância (ANOVA)

Modos de aprendizagem	Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		F	p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
	Experiência Concreta	24,88	7,44	25,83	6,11	26,48		
Observação Reflexiva	32,02	5,87	31,27	6,27	30,42	5,84	2,211	,111
Conceptualização Abstracta	29,58	5,40	29,91	5,55	31,41	4,02	3,030	,049
Experimentação Activa	33,56	6,57	33,17	6,53	31,73	5,35	2,076	,126

Os enfermeiros que desempenham funções no IPO, nos centros de saúde e nos hospitais apresentam valores mais elevados no modo de aprendizagem “experimentação activa”. O modo de aprendizagem “experiência concreta” é mais evidenciado nos enfermeiros que desempenham funções nos centros de saúde, a “observação reflexiva” e a “conceptualização abstracta” nos hospitais e a “experimentação activa” no IPO. Mas as diferenças apenas foram significativas para a “experiência concreta” (F=4,829; p=,008) e “conceptualização abstracta” (F=3,374; p=,035) entre os hospitais e os centros de saúde,

sendo que os centros de saúde apresentam valores mais elevados, tal como podemos observar na Tabela 47.

Tabela 47 – Heteropercepção dos modos de aprendizagem por local de trabalho: análise da variância (ANOVA)

Modos de aprendizagem	IPO		Hospitais		Centros de saúde		F	P
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
Experiência Concreta	26,18	8,04	25,12	6,64	27,46	6,45	4,829	,008
Observação Reflexiva	30,97	5,79	31,69	5,97	30,74	6,74	1,275	,280
Conceptualização Abstracta	29,44	5,41	30,19	5,30	28,67	5,60	3,374	,035
Experimentação Activa	33,44	6,91	33,10	6,35	33,29	6,47	,122	,885

No sentido de analisar a relação entre os modos de aprendizagem e as dimensões das competências relacionais de ajuda foi determinada a correlação de Pearson. Verificámos, na Tabela 48, que há relação entre o modo de aprendizagem “experiência concreta” e as “competências de contacto” ( $r=,124$ ;  $p=,002$ ) e empáticas ( $r=,098$ ;  $p=,017$ ). Há relação negativa entre CA-EC e as competências de contacto ( $r=-,105$ ;  $p=,010$ ) e as competências empáticas ( $r=-,092$ ;  $p=,025$ ).

Tabela 48 – Correlação de Pearson dos modos de aprendizagem e as dimensões das competências relacionais de ajuda

	OR	EA	EC	CA	EA-OR	CA-EC	Comp Contacto	Comp Genéricas	Comp Comunicação	Comp. Empáticas
OR	1	-,360**	-,451**	-,117**	-,812**	,246**	-,042	-,013	-,027	-,030
EA		1	-,349**	-,337**	,837*	,054	-,056	-,010	-,007	-,048
EC			1	-,354**	,048	-,867*	,124**	,040	,060	,098**
CA				1	-,144	,772	-,039	-,032	-,049	-,047
EA-OR					1	-,111	-,011	,006	,015	-,011
CA-EC						1	-,105*	-,072	-,072	-,092*
Comp Contacto							1	,396**	,356**	,454**
Comp Genéricas								1	,622**	,590**
Comp Comunicação									1	,646**
Comp Empáticas										1

\*\* Correlações significativas para  $p < 0.01$

\* Correlações significativas para  $p < 0.05$

### 3.2.5 – Preditores do desenvolvimento de Competências Relacionais de Ajuda

O estudo de regressão linear múltipla é uma técnica estatística que tem por objectivo identificar qual ou quais, as variáveis (independentes ou predictoras) que podem ser usadas como estimadores dos valores de uma outra variável (dependente ou critério). A técnica

pode ser aplicada fazendo entrar todas as variáveis independentes simultaneamente, ou fazendo a entrada destas variáveis uma a uma. Neste estudo, optámos pelo segundo método, também designado por passo-a-passo ou *Stepwise* (Hill e Hill, 2008).

Assim, procedendo à aplicação da regressão linear múltipla, tomando como variáveis dependentes as dimensões do inventário de competências relacionais de ajuda, e como variáveis independentes os modos de aprendizagem, os papéis de liderança e as variáveis sociodemográficas, procurámos avaliar quais destas variáveis poderiam ser utilizadas como predictoras no desenvolvimento de competências relacionais de ajuda nos enfermeiros.

Como preditores do desenvolvimento das “competências de contacto”, encontram-se o “papel de monitor”, que explica 4,2% da variabilidade nas “competências de contacto”, e a “experiência concreta” incrementa 1,3% nas competências de contacto. Assim, estas duas variáveis explicam 5,5% da variabilidade encontrada no desenvolvimento de competências de contacto, como podemos observar na Tabela 49. Verificámos que o teste F tem associado um nível de significância de ,000, o que leva à rejeição da nulidade dos coeficientes do parâmetro das variáveis independentes consideradas no modelo, ou seja, há diferença significativa entre os coeficientes das variáveis.

Tabela 49 – Dados de regressão múltipla entre as variáveis identificadas como predictoras do desenvolvimento de competências contacto

Passos	Variáveis identificadas	R	R <sup>2</sup>	Modelo		Coeficientes			
				R <sup>2</sup> Ajustado	Alteração R <sup>2</sup>	p	b	Beta	P
1	Papel de Monitor	,211	,044	,042	,044	,000	,200	,202	,000
2	Experiência Concreta	,244	,060	,055	,015	,000	,022	,124	,012

A regressão múltipla efectuada entre a variável dependente competências de comunicação e os papéis de liderança, manteve na equação de regressão a dimensão “papel de monitor”, Entre as variáveis em questão estabelece-se uma correlação positiva e altamente significativa, o que implica que a um aumento nos índices do papel de monitor corresponde um aumento nas competências de comunicação.

A Tabela 50 mostra que só 2,8% da variância é explicada pelo “papel de monitor” podendo ser considerada preditora do desenvolvimento de competências de comunicação dado apresentar significância estatística.

Tabela 50 – Dados de regressão múltipla entre as variáveis identificadas como predictoras do desenvolvimento de competências comunicação

Passos	Variáveis identificadas	Modelo				Coeficientes			
		R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Alteração R <sup>2</sup>	p	b	Beta	P
1	Papel de Monitor	,169	,029	,028	,029	,001	,111	,169	,001

Ao efectuarmos a regressão múltipla passo a passo tendo como variável dependente a dimensão “competências empáticas”, verificámos que apenas entrou no modelo de regressão a dimensão “papel de facilitador” dos papéis de liderança com um peso preditivo de 7,4%, conforme Tabela 51. O erro padrão da regressão neste modelo é de ,730 correspondente à diferença entre o valor observado e o valor estimado das variáveis entradas no modelo de regressão. O modelo de regressão indica que o papel de facilitador tem poder explicativo nas competências empáticas uma vez que a probabilidade é ,000. Como a correlação é positiva (.277), significa que o aumento de uma dimensão implica o aumento da outra dimensão (Tabela 51).

Tabela 51 – Dados de regressão múltipla entre as variáveis identificadas como predictoras do desenvolvimento de competências empáticas

Passos	Variáveis identificadas	Modelo				Coeficientes			
		R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Alteração R <sup>2</sup>	p	b	Beta	P
1	Papel de Facilitador	,277	,077	,074	,077	,000	,149	,277	,000

Considerando como variável dependente as competências genéricas, verificámos que a primeira variável independente que entrou no modelo de regressão foi o “papel de monitor” da dimensão papéis de liderança com um coeficiente de correlação de ,222. Já no segundo modelo de regressão a variável que entrou foi a variável sexo com uma correlação de ,258. A Tabela 52 mostra que 4,7% da variância é explicada pelo “papel de monitor” e 6,1% da variância é explicada pelo sexo. Para este modelo, o erro padrão da regressão é de ,557, correspondendo ao desvio padrão em torno da recta de regressão.

Verificámos que o teste F tem associado um nível de significância de ,000, o que nos leva à rejeição da nulidade dos coeficientes do parâmetro das duas variáveis independentes consideradas no modelo, ou seja, há diferença significativa entre os coeficientes das variáveis. O modelo de regressão indica que o “papel de monitor” e o sexo têm poder

explicativo nas competências genéricas uma vez que a probabilidade é inferior a ,005, apresentando um maior valor preditivo o “papel de monitor”.

Tabela 52 – Dados de regressão múltipla entre as variáveis identificadas como predictoras do desenvolvimento de competências genéricas

Passos	Variáveis identificadas	Modelo				Coeficientes			
		R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Alteração R <sup>2</sup>	p	b	Beta	p
1	Papel de Monitor	,222	,049	,047	,049	,000	,100	,216	,000
2	Sexo	,258	,066	,061	,017	,000	-,189	-,131	,010

A análise global dos resultados das variáveis predictoras do desenvolvimento de competências relacionais de ajuda evidenciou que o papel de monitor tem poder explicativo nas competências genéricas, de comunicação e de contacto e o papel de facilitador nas competências empáticas. Quanto aos modos de aprendizagem só a “experiência concreta” demonstrou poder explicativo para as competências de contacto conjuntamente com o papel de monitor. Relativamente às variáveis sociodemográficas, só o sexo demonstrou ter poder explicativo do desenvolvimento das competências genéricas.

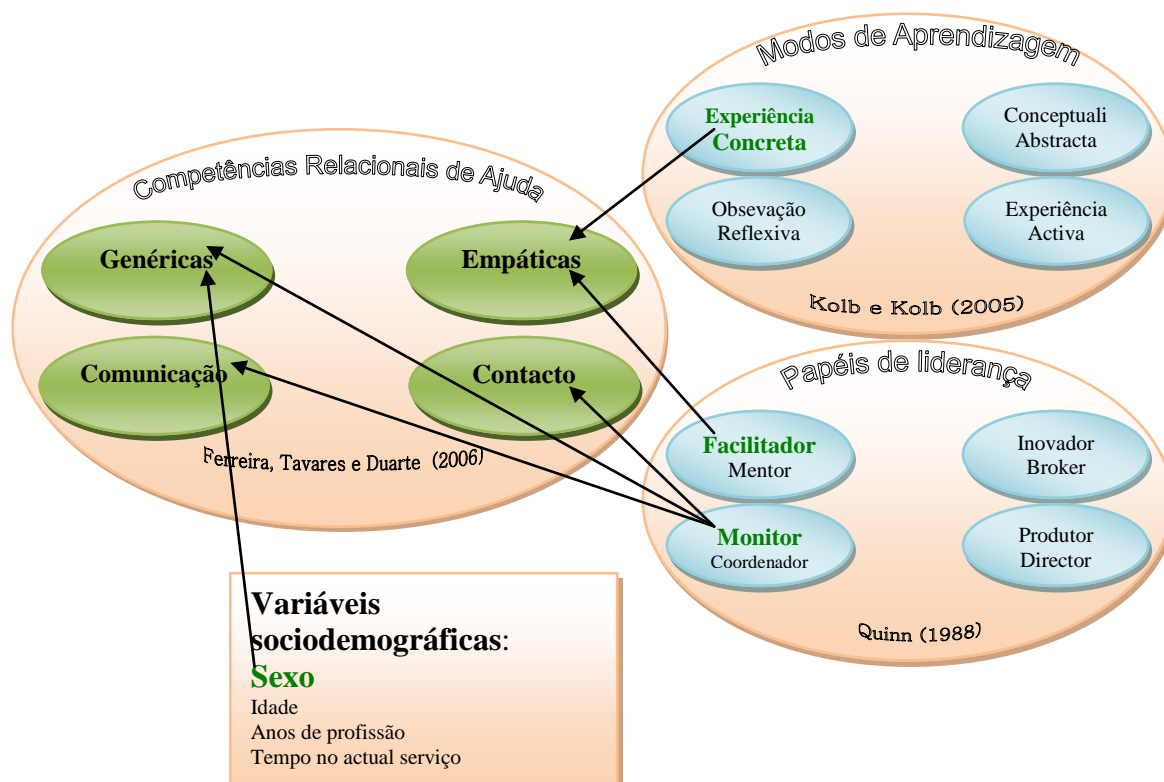


Figura 10 – Modelo de regressão múltipla dos factores preditores das competências relacionais de ajuda

### Unidade de saúde com maior nível de competências relacionais de ajuda

De seguida apresentamos os resultados relativos à percepção do nível de competências relacionais de ajuda nas unidades de saúde estudadas e identificamos a unidade de cuidados que apresenta um maior nível de competências (Tabela 53).

Tabela 53 – Média e desvio padrão do nível das competências relacionais de ajuda nas unidades de saúde

Unidades de saúde	Competências Comunicação		Competências Contacto		Competências Empáticas		Competências Genéricas	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
<b>IPOFGC, EPE</b>								
A	6,33	,53	6,57	,41	6,32	,44	6,40	,40
B	5,35	,93	3,97	1,93	4,98	,95	6,05	,48
C	5,49	,74	5,03	,78	5,27	,48	5,79	,65
D	5,81	,86	4,61	,47	5,17	,85	5,84	,66
E	5,74	,65	5,23	1,44	5,79	,71	5,95	,138
F	5,63	,72	4,81	,98	4,98	,63	5,99	,39
G	5,77	,99	4,57	1,07	5,23	1,02	5,88	,82
H	5,25	1,03	4,98	,97	5,30	,72	5,74	,66
I	5,79	,31	5,30	,47	5,74	,43	6,23	,50
J	5,75	,55	5,01	,91	5,41	,82	6,17	,38
L	5,44	,00	2,71	,00	4,84	,00	5,46	,00
<b>Hospital Pediátrico</b>								
A	5,80	,91	5,08	,83	6,03	,95	6,64	,55
B	5,72	,96	4,84	1,17	5,39	,73	6,15	,54
C	5,78	,67	4,03	1,42	5,53	,63	6,20	,46
D	5,81	,81	4,83	1,32	5,16	,68	6,14	,54
E	4,60	,75	3,92	,74	4,24	,18	5,30	,65
F	5,26	1,19	4,60	1,17	5,07	,81	6,12	,61
G	5,93	,82	5,11	,61	5,44	,57	6,05	,54
<b>Hospital Distrital Figueira da Foz</b>								
A	5,77	,86	4,65	1,26	5,47	1,03	6,02	,60
B	5,02	1,25	4,97	1,39	4,76	,95	6,11	,82
C	3,33	1,39	3,85	,65	3,61	1,38	3,68	,68
D	6,11	,55	4,95	,64	5,82	,93	6,33	,52
E	5,28	,67	4,85	,73	4,64	1,00	5,62	,47
F	5,03	,68	4,01	1,13	4,98	,61	5,91	,52
G	5,37	,82	4,92	1,14	4,83	,78	6,02	,39
H	5,45	1,10	4,51	1,48	4,93	,55	6,04	,29
<b>Hospital Abrantes</b>								
A	5,46	,73	4,72	1,19	5,01	,68	5,93	,41
B	5,79	,58	4,83	1,04	5,37	,86	6,15	,57
C	5,34	,88	4,53	1,07	5,20	,66	5,70	,46
D	5,29	,74	4,16	1,41	5,15	,82	5,88	,70
E	5,76	,75	5,02	1,16	5,39	,75	6,00	,84
F	5,95	,74	5,42	,56	5,39	,54	6,33	,41
G	5,23	1,61	5,03	1,10	5,24	1,48	5,81	1,17
H	5,60	,92	4,60	1,26	5,23	,81	6,11	,52
<b>Hospital Tomar</b>								
A	5,57	,64	5,11	1,13	5,45	,74	5,88	,48
B	5,72	,90	4,80	1,02	4,98	,94	6,13	,36
C	6,15	,63	4,46	1,04	5,67	,86	5,83	,74
D	5,02	1,02	4,30	1,33	4,93	,67	5,53	,95
E	5,56	,53	3,62	,87	4,77	,62	5,80	,40
F	5,80	,78	4,94	,81	5,07	1,01	6,18	,36
<b>Hospital S. João Porto</b>								
A	5,43	,97	3,95	1,39	4,89	,99	6,10	,68
B	5,42	1,24	4,65	1,52	5,15	1,38	5,68	1,36
C	5,77	,67	4,90	,76	5,45	,89	6,08	,41
D	5,53	,89	4,11	1,50	5,23	,98	5,67	,48
E	5,80	,86	4,52	1,36	5,13	,77	6,12	,40
F	5,87	,85	5,28	,81	5,11	1,37	5,79	,98
G	5,14	,67	4,60	,91	4,95	,75	5,46	,79
H	5,35	,87	5,04	1,13	4,82	,92	5,89	,53
<b>Centros de Saúde</b>								
A	5,57	,67	5,45	1,02	5,08	1,01	5,95	,82
B	5,76	,65	4,81	1,31	5,33	,71	6,30	,43
C	5,97	,69	4,46	,99	4,91	1,06	6,29	,42
D	5,80	,64	4,83	1,23	5,34	,77	6,11	,50
E	5,98	,73	5,40	1,27	5,71	,75	6,27	,33
F	5,87	,69	5,77	1,01	5,67	,73	6,39	,44
G	6,12	,48	5,01	1,15	5,50	,615	6,43	,25
H	6,11	1,03	5,38	1,19	6,04	,54	6,27	,59

Tal como apresentado na Tabela 53, a unidade de saúde (serviço) percebida pelos enfermeiros como tendo um maior nível de competências relacionais de ajuda foi uma unidade de saúde (serviço) pertencente ao IPOFGC, EPE, respectivamente, com uma média de 6,33 para as competências de comunicação, 6,57 para as competências de contacto, 6,32 para as competências empáticas e 6,40 para as competências genéricas,.

Os valores das médias obtidos nas várias unidades estudadas nas quatro dimensões do ICRA oscilam entre 2,71 e 6,64, obtendo-se os valores médios mais elevado na dimensão “competências genéricas”, e o valor mais baixo nas “competências de contacto”.

### **3.3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Embora já tenhamos realizado alguma análise aos resultados obtidos, reservámos a sua discussão mais detalhada comparando os resultados com estudos similares. Tecemos ainda algumas considerações sobre as implicações que estes resultados poderão ter no desenvolvimento das competências relacionais de ajuda nos enfermeiros.

Na discussão dos resultados que está organizada sequencialmente de modo a responder às questões de investigação, começámos pela caracterização da amostra seguindo-se os argumentos de confiabilidade e validade dos instrumentos utilizados para a colheita dos dados.

Relativamente aos resultados da investigação realizada, verificámos que a maioria dos enfermeiros (76,7%) são do sexo feminino, traduzindo a tendência histórica da profissão de que a prática dos cuidados esteve associada à mulher desde a idade média até à actualidade (Collière, 1989). A média de idades dos respondentes é de 34,56 anos, com um desvio padrão de 8,72 e moda de 26 anos. Trata-se de um grupo de enfermeiros com um nível etário médio, mas que apresenta uma acentuada amplitude de variação de idades (22 a 68 anos), este facto pode ser considerado positivo, no sentido de poder favorecer o equilíbrio das equipas, dado que se encontram em diferentes níveis de maturidade e com experiências de vida diversificadas.

Da análise da distribuição dos enfermeiros por ‘categoria profissional’ podemos verificar que a maior parte detém a categoria profissional de ‘enfermeiro’ e ‘enfermeiro graduado’, sendo a percentagem de enfermeiros especialistas muito baixa (10%).

No que respeita ao número de anos de experiência profissional, os respondentes apresentam uma média de 11,8 anos e um desvio padrão de 8,2. As equipas são constituídas por enfermeiros que desempenham funções na actual unidade há mais de seis anos, tempo considerado por Benner (2005) necessário para que uma enfermeira atinja o nível de perícia e por enfermeiros com poucos anos de experiência profissional sendo considerados iniciados o que pode ser favorecedor do desenvolvimento das competências destes enfermeiros, pela partilha de conhecimentos e experiências proporcionados.

Da análise global do Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA) este apresentou valores psicométricos satisfatórios, indiciando ser um instrumento adequado para avaliar a percepção dos enfermeiros sobre as competências relacionais de ajuda.

A matriz factorial empírica assinala uma estrutura multidimensional das competências relacionais de ajuda diferenciada em quatro dimensões (competências genéricas, empáticas, de comunicação e de contacto). Esta estrutura está de acordo com os dados obtidos pelos autores do inventário (Ferreira, Tavares e Duarte, 2006) e com as definições conceptuais que estiveram na sua concepção (Rogers, 1985; Egan, 1987; Chalifour, 1989, 1993; Carkhuff, 1988; Lazure, 1994).

O valor de *Alpha de Cronbach* obtido por dimensão, foi superior a ,795 revelador de uma boa consistência interna dos itens em cada factor tal como defendido por Hill e Hill (2008). Estes resultados apresentam-se ligeiramente inferiores aos encontrados pelos autores do inventário, no entanto são superiores aos do estudo realizado por Simões (2008).

Para a validade de constructo assinala-se a quase sobreposição empírica e estruturação multidimensional relativamente à estrutura teórica, corroborando a matriz proposta pela autora do inventário.

Abonam também a favor da validade do ICRA, correlações moderadas e estatisticamente significativas entre as dimensões. Estes resultados contribuem para a validade do inventário, sendo considerado como detentor de qualidades psicométricas adequadas para avaliação das competências relacionais de ajuda nos enfermeiros.

Quanto à escala de liderança podemos referir que tem uma estrutura factorial representativa de um constructo constituído por vários papéis de liderança, estando de acordo com o modelo teórico dos valores contrastantes de Quinn que lhe deu origem. Apresenta valores globais de consistência interna dos factores teóricos superiores a ,80, como recomendado por Ribeiro (2004), sendo ligeiramente superiores aos resultados obtidos pelo autor do

instrumento (Quinn) e no estudo de adaptação ao contexto da saúde em Portugal (Parreira *et al.*, 2006). As medidas de tendência central e dispersão nos oito factores teóricos, sugerem boa capacidade discriminatória indiciando a reunião de critérios de validade e fidelidade satisfatórios.

Relativamente ao inventário de estilos de aprendizagem foi realizada a tradução e adaptação para a população deste estudo tendo-se verificado a existência de equivalência conceptual, semântica e equivalência de medida tal como defendido por Ribeiro (1999).

Podemos verificar uma heterogeneidade de respostas obtidas, com respostas em todos os pontos do inventário. Os valores de consistência interna dos factores foram iguais ou superiores a ,66 conforme recomendado em escalas ipsativas (Meade, 2004), assinalando características psicométricas adequadas para ser considerado um instrumento com um grau de confiança aceitável.

### **Nível de competências relacionais de ajuda percebidos pelos enfermeiros nos diferentes contextos estudados**

Relativamente à percepção do nível de competências relacionais de ajuda, verificámos que a dimensão que obteve melhores resultados foi a “competências genéricas” seguida da “competências de comunicação” o que vai ao encontro dos resultados obtidos nos estudos realizados por Ferreira (2004), Melo (2004) e Simões (2008) e ao preconizado por Watson (2002), para quem o cuidar requer conhecimentos científicos e saberes para dar respostas às necessidades individuais.

Estes resultados apesar de denotarem uma percepção elevada do nível de competências relacionais de ajuda, apontam para uma predominância das competências genéricas em detrimento das competências de contacto, assinalando um maior pendor para os conhecimentos relativamente às habilidades de interacção ligadas ao toque e às distâncias, consideradas como fundamentais no processo de cuidar (Pepleau, 1993; Silva 2007b).

A este propósito a investigação de Ferreira, Tavares e Duarte (2006, p. 53) conclui que "da mesma forma que procuramos conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de técnicas de enfermagem para os cuidados físicos, também se deve ter a mesma preocupação em relação às habilidades designadas por comportamentos e competências ligados às funções de contacto".

O facto das competências de comunicação serem, também, valorizadas pelos enfermeiros, vem reforçar a interiorização por parte destes profissionais da importância que a comunicação tem no processo de cuidar, o que está de acordo com (Silva, 2006, p. 14) quando refere que a “comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal entendidos e atingir objectivos definidos para a solução de problemas detectados na interacção com os pacientes”.

### **Relação entre as competências relacionais de ajuda e as variáveis sociodemográficas**

Verificámos que globalmente os valores médios das competências relacionais de ajuda são superiores para os enfermeiros do sexo feminino. Parece que as enfermeiras desenvolvem significativamente melhor as competências genéricas, de comunicação e empáticas.

Estes resultados são, também, confirmados pelo estudo de Melo (2004) ao verificar que as estudantes do sexo feminino apresentaram um nível mais elevado de competências do que os jovens do sexo masculino. Este facto poderá dever-se, na opinião de Osswald, à prática instintiva da maternidade que preparou as mulheres para dispensarem “cuidados aos mais indefesos e frágeis seres” (2000, p. 41), sendo a sua identidade feminina despertada pela relação de intimidade com outra pessoa, enquanto a identidade masculina é construída em relação com o mundo (Erickson, 1972), o que, de certa forma, pode justificar a diferença de percepção entre os sexos no nível de competências relacionais de ajuda.

Quanto à relação entre a variável idade e a percepção dos enfermeiros sobre o nível de competências relacionais de ajuda verificámos que a idade se correlaciona positiva e significativamente com as competências empáticas. Nas restantes dimensões as diferenças não são significativas, mas as correlações são positivas, assinalando que, quanto mais idade têm os enfermeiros, mais desenvolvidas são as competências relacionais de ajuda. Estes dados contrariam os resultados dos estudos de Melo (2004), Ferreira (2004) e Simões (2008), mas estão de acordo com a opinião de Sprinthall e Collins (1994) ao defender que à medida que o sujeito vai evoluindo na idade, maior é a sua experiência de vida, mais complexa é a sua capacidade cognitiva, detendo mais facilidade para compreender a realidade do outro, dado que a compreensão daquilo que os outros estão a vivenciar depende não só das capacidades cognitivas do enfermeiro mas, também, da sua experiência de vida enquanto pessoa (Ferreira, 2004). Os resultados estão, também, alinhados com as teorias de desenvolvimento psicológico que consideram a idade um factor importante na

maturação do indivíduo (Vaz Serra, 1988) e de acordo com o estudo efectuado sobre o auto-conceito e as competências relacionais de ajuda realizado por Melo (2005), que encontrou uma relação positiva entre as competências empáticas e de comunicação com a maturidade psicológica.

Relativamente à relação entre a percepção do nível de competências e a categoria profissional verificámos que são os enfermeiros com a categoria de enfermeiro especialista que mais valorizam as competências de comunicação e genéricas, indiciando que a experiência acumulada e a formação especializada poderão traduzir-se num maior desenvolvimento destas competências, correspondendo a uma maior responsabilização pela qualidade dos cuidados prestados (Ferreira, 2004). Estes resultados estão em consonância com os obtidos por Ferreira (2004), Simões e Rodrigues (2010) levando-nos a reflectir sobre os pressupostos de Basto (1998) que considera que a utilização da comunicação terapêutica na relação enfermeiro/cliente exige do enfermeiro um trabalho de auto-análise, disponibilidade para se questionar e capacidade para se aceitar, dado que a melhor “forma de começar a aproximação da arte de estar com o outro é fazendo um autoavaliação” (Silva, 2007b, p. 27).

Na análise relativa à relação entre os ‘anos de profissão’, o ‘tempo actual no serviço’ e a percepção do nível de competências relacionais de ajuda, correlacionam-se positiva e significativamente com as competências empáticas. O ‘tempo no actual serviço’ também se correlaciona positiva e significativamente com as competências genéricas.

Os resultados obtidos indiciam que a antiguidade profissional e a experiência em determinada área pode contribuir para um maior nível de competências relacionais de ajuda, o que está de acordo com Benner (2005) quando considera o enfermeiro com maior tempo de serviço mais habilitado relativamente ao recém-formado. Esta autora evidencia nos seus estudos que a experiência profissional adquirida ao longo do tempo proporciona um poder de compreensão dos factos e da situação real, o que lhe permite um melhor relacionamento com o utente. Realça, ainda, o facto do tempo de serviço proporcionar destreza técnica e instrumental, libertando o enfermeiro para uma maior destreza intelectual, facilitando o cuidar numa perspectiva holística.

### **Percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros gestores**

Relativamente à percepção de liderança, todos os papéis de liderança percebidos pelos enfermeiros como ‘característico’, apresentam valores médios acima do ponto médio da escala, sendo os papéis de produtor, director, mentor e coordenador aqueles que apresentam valores médios superiores. O papel de facilitador foi percebido com menor ênfase, corroborando parcialmente os estudos realizados por Parreira (2006) que evidenciaram valores elevados de competências, com um maior destaque para o desempenho dos papéis de produtor, director e coordenador.

Estes resultados apesar de denotarem um reconhecimento por parte dos enfermeiros no desempenho dos papéis de liderança, apontam para uma predominância do modelo das metas racionais, dado que, são os papéis de produtor e director os que apresentam valores médios de percepção superiores, assinalando um maior pendor para o controlo, isto é, os dirigentes tendem a focalizar-se nos papéis relacionados com o controle dos processos e com a produtividade ao invés do foco flexibilidade. Um outro aspecto a referenciar é a importância atribuída à externalização, ou seja ao ambiente externo da organização.

O facto dos papéis de mentor e de coordenador serem também valorizados, vem reforçar a interiorização por parte dos profissionais de saúde, da necessidade da criação de regras e procedimentos que facilitem o desenvolvimento dos projectos, mediante orientação cuidadosa e empática, o que, paradoxalmente, poderá espelhar o excesso de regras vivenciado pelos profissionais.

Os enfermeiros reconhecem menos competências no modelo dos sistemas abertos, onde é valorizada a componente da inovação e da negociação, dado que, apresentam valores mais baixos nos papéis de inovador e *broker*. Este facto é corroborado por Mintzberg (1995) ao referir que os hospitais se inscrevem dentro de burocracias profissionalizantes investindo menos na inovação e criatividade, e valorizando mais o planeamento e as regras. Estes resultados apoiam a opinião de Lopes (2006a) e Parreira (2006), ao defenderem a necessidade do processo de liderança se centrar mais no foco flexibilidade, no qual o líder efectua pequenas regulações, estabilizando os aspectos relativos às relações humanas, tratando ao mesmo tempo os processos e o planeamento. Para Parreira (2006, p. 292) “o erro frequente em centrar o processo de liderança assente no excesso de regras e

regulamentos culmina numa gestão tradicional centrada na hierarquia em vez de se situar ao nível do cliente”.

Neste contexto, apela-se para a necessidade de equilibrar competências pelo que seria desejável que o enfermeiro chefe desenvolvesse competências relacionadas com a inovação e negociação no sentido de facilitar a mudança. Também, num estudo sobre estilos de liderança em enfermeiros, Higa e Trevisan (2005) enfatizaram a importância de atitudes inovadoras, da implementação de novos projectos e do investimento na união dos enfermeiros.

Genericamente, verifica-se um alinhamento no que respeita à cultura dos objectivos racionais e as suas expectativas que valorizam igualmente este foco.

Quanto à percepção do que ‘devia ser característico’ na liderança, ou seja o desempenho da liderança espectável, verificámos que apresentam valores médios superiores a 6, indiciador de um nível elevado de exigência dos enfermeiros, apesar de algumas percepções mais modestas com valores médios mínimos de 2,25. As expectativas dos enfermeiros liderados enfatizam os papéis de director e coordenador e o modelo das relações humanas (papel de facilitador e mentor), podendo evidenciar a necessidade que os enfermeiros sentem em ter um líder que seja promotor do desenvolvimento de novos projectos, mediante uma orientação cuidadosa e empática, associado à direcção efectiva desses mesmos projectos e seja, também, um facilitador que promova a coesão e o trabalho em equipa, contribuindo para a gestão dos conflitos. Estes dados evidenciam a natureza contrastante e paradoxal da liderança, uma vez que, estes papéis, de acordo com o modelo de Quinn *et al.* (2003), estão em permanente oposição.

O *gap* obtido entre a percepção de liderança apresentada e a desejada, mostrou uma configuração com maior flexibilidade, apresentando, no entanto, globalmente, valores fortes em todos os quadrantes, inclusive no quadrante das regras e dos objectivos, podendo denunciar a necessidade do líder ser um bom negociador e facilitador, capaz de promover o trabalho em equipa e a gestão dos conflitos interpessoais. Estes resultados vêm reforçar a opinião de Lopes (2006a) que defende a necessidade do processo de liderança ocorrer dentro de uma óptica de flexibilidade, denunciando, contudo, a necessidade em equilibrar os diferentes papéis alocados a diferentes quadrantes, criando uma liderança mais balanceada. Os dirigentes eficazes são percebidos como detentores do desenvolvimento simultâneo de todos os papéis de liderança, apresentando uma representação espacial dos papéis próxima do modelo da circunferência que, segundo Denison, Hooijberg e Quinn

(1995), denominam de “modelo dos quadrantes”. Os dirigentes menos eficazes afastam-se mais desta configuração de circunferência, que é a considerada ideal.

### **Diferenças na percepção da liderança em função das variáveis sociodemográficas**

Verificámos que, globalmente, os valores médios da percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros chefes são muito próximos para os dois sexos, não havendo diferenças estatísticas significativas. De igual forma, num estudo realizado por Pereira, Bem-Haja, Ferreira e Rodrigues (2008) não se verificou diferença significativa entre a percepção de liderança e o sexo. Estes resultados vão, também, ao encontro do estudo de Parreira (2006) que mostrou ausência de correlações significativas entre o desempenho global dos papéis de liderança e as variáveis sociodemográficas nas quais se incluía o sexo.

Quanto à relação entre a variável idade e a percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros chefes, verificámos que a idade se correlaciona positiva e significativamente com os papéis de *broker*, coordenador, facilitador, inovador e mentor. Nos restantes papéis de liderança as diferenças não são significativas apesar das correlações serem positivas, excepto para o papel de produtor. Estes dados permitem-nos assinalar, genericamente, que enfermeiros mais velhos valorizam mais o desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros chefes, podendo justificar-se através do processo de maturação e da experiência profissional e instrução que são adquiridas com o decorrer dos anos (Hersey, Blanchard e Johnson, 2007).

Relativamente à relação entre a percepção do desempenho dos papéis de liderança e a categoria profissional verificou-se existirem diferenças entre as categorias ‘enfermeiro’ e ‘enfermeiro especialista’ para o papel inovador. Também para o papel de mentor verificaram-se diferenças entre a categoria de ‘enfermeiro’ com as outras duas categorias, respectivamente, ‘enfermeiro graduado’ e ‘enfermeiro especialista’.

Genericamente, constata-se que são as categorias profissionais mais elevadas, nomeadamente a de ‘enfermeiro especialista’, que percebem um maior desempenho nos papéis de liderança, indiciando que a experiência acumulada e a formação especializada poderão traduzir-se numa maior maturidade e desenvolvimento do enfermeiro (Hersey, Blanchard e Johnson, 2007), contribuindo para uma percepção mais positiva no desempenho dos papéis de liderança, e uma maior compreensão da complexidade do

exercício das funções desempenhadas pelo enfermeiro chefe, valorizando, assim, melhor o seu desempenho. Por outro lado, os enfermeiros considerados por Benner (2005) como iniciados, ao terem menos tempo de experiência profissional poderão apresentar menores competências para compreender a complexidade dos papéis de liderança desempenhados pelos enfermeiros chefes, não valorizando adequadamente o seu desempenho.

Na análise relativa à relação entre os ‘anos de profissão’, o ‘tempo neste serviço’ e a percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros chefes, podemos verificar que os ‘anos de profissão’ se correlacionam globalmente, e de forma positiva, com a percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros chefes, indiciando que a experiência acumulada poderá traduzir maior maturidade do enfermeiro, contribuindo para uma percepção mais positiva no desempenho dos papéis de liderança e maior compreensão da complexidade do exercício dos papéis de liderança pelo enfermeiro chefe, valorizando mais o seu desempenho.

Quanto ao ‘tempo no actual serviço’, também se observam correlações positivas com todos os papéis de liderança, embora as diferenças encontradas não sejam estatisticamente significativas. Estes resultados estão de acordo com o estudo realizado por Pereira, Bem-Haja, Ferreira e Rodrigues (2008) onde não se verificou diferença significativa entre a percepção de liderança e o ‘tempo no actual serviço’. No entanto, num estudo longitudinal realizado ao fim de 4 anos de actividade profissional, foi evidenciado que os aspectos que mais contribuíram para o desenvolvimento das competências relacionais de ajuda nestes enfermeiros, foram o tempo de exercício profissional no mesmo serviço e a reflexão sobre a prática clínica (Melo e Parreira, 2008).

Os resultados correlacionais apesar de assinalarem associações fracas, indiciam que os ‘anos de profissão’ contribuem para uma percepção mais positiva no desempenho dos papéis de liderança, mas o “tempo no actual serviço” não parece contribuir para melhorar essa percepção. Os resultados podem, eventualmente, estar relacionados com as mudanças actuais nas lideranças das várias unidades culminando em pouco tempo no contacto directo com os enfermeiros ou pode, em algumas situações, esse contacto não ter sido percebido como facilitador do desenvolvimento dos enfermeiros.

### **Relação entre os papéis de liderança e as dimensões das competências relacionais de ajuda**

Relativamente à relação entre os papéis de liderança e as competências relacionais de ajuda, verificámos existirem valores estatisticamente significativos entre os papéis de liderança e as dimensões das competências relacionais de ajuda, excepto entre o papel de coordenador e as competências de contacto.

Verificámos, também, que todas as correlações são positivas indicando uma associação entre uma maior percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros chefes e um maior nível de competências relacionais de ajuda. Estes resultados corroboram, em parte, os obtidos por Melo e Parreira (2009a), numa amostra de 244 enfermeiros em que se verificou existirem valores estatisticamente significativos entre o papel de monitor e as competências de comunicação, genéricas e empáticas, assim como, entre o papel de mentor e as competências genéricas. Também o papel de mentor pareceu relacionar-se para o desenvolvimento das pessoas mediante uma orientação empática, facilitando oportunidades de formação e contribuindo para a criação de um clima de grupo favorável ao desenvolvimento do espírito de grupo.

### **Modo de aprendizagem predominante**

Verificámos que os enfermeiros apresentam *scores* mais baixos no modo de aprendizagem “experiência concreta” e mais elevados na “experimentação activa”, significando que estes enfermeiros aprendem melhor em situações de aprendizagem activas, envolvendo-se em projectos (Botelho, 1993; Kolb e Kolb, 2005).

A diferença dos *scores* entre o Conceptualização Abstracta e a Experiência Concreta (CA-EC) é positiva com um *score* mais elevado do que a diferença entre a Experimentação Activa e a Observação Reflexiva (EA-OR) significando que estes enfermeiros privilegiam uma abordagem abstracta relativamente a uma abordagem concreta e uma aprendizagem efectuada na acção relativamente à observação reflexiva.

Na análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e os modos de aprendizagem verificámos que os enfermeiros apresentam valores mais elevados na escala CA-EC, enquanto as enfermeiras apresentam valores mais elevados na escala EA-OR, estes dados estão de acordo com os estudos realizados por Kolb e Kolb (2005) que demonstraram que

os participantes masculinos eram mais abstractos e as participantes femininas mais concretas.

A idade correlaciona-se positiva e significativamente com o modo de aprendizagem ‘experiência concreta’, assim como, os ‘anos de profissão’ e o ‘tempo no actual serviço’. O tempo no actual serviço correlaciona-se, também, negativamente com a ‘observação reflexiva’. Quanto à diferença dos *scores* entre o CA e EC, verificámos que se correlaciona negativa e significativamente com a idade e os anos de profissão, significando que a preferência pela aprendizagem mais focada na abstracção diminui com a idade e com o tempo de exercício profissional, o que contraria os resultados dos estudos realizados por Kolb e Kolb em que a preferência pela abstracção aumenta com a idade.

Os enfermeiros com categoria de ‘enfermeiro’ apresentam valores mais elevados na ‘experimentação activa’, indicando uma orientação para a aprendizagem pela acção, baseada na experimentação. Por outro lado, os enfermeiros com categoria de “enfermeiro graduado” apresentam valores mais elevados na “observação reflexiva” indiciando uma orientação da aprendizagem baseada na observação minuciosa e na reflexão, preferindo situações de aprendizagem mais expositivas, uma vez que, lhes permitem adoptar um papel de observador.

Os modos de aprendizagem “conceptualização abstracta” e “experiência concreta” apresentam valores superiores na categoria de “enfermeiro especialista”. As diferenças apenas foram estatisticamente significativas para a “conceptualização abstracta”, entre as categorias de “enfermeiro” e “enfermeiro especialista”, indiciando que os enfermeiros especialistas dada a sua experiência acumulada ao longo dos anos de exercício profissional e a formação especializada numa determinada área do conhecimento, lhes permitem o desenvolvimento das competências de conceptualização, correspondendo a um modo analítico e conceptual de aprendizagem que está em relação com o pensamento lógico e avaliação racional. No entanto, nos estudos realizados por Kolb e Kolb (2005) os enfermeiros especializados tinham tendência a desenvolver modos de aprendizagem mais vocacionados para a acção.

Após a análise dos resultados sobre os modos de aprendizagem dos enfermeiros, relativamente aos contextos onde desenvolvem a sua actividade profissional, verificámos que os enfermeiros que desempenham funções nos centros de saúde apresentam valores superiores na ‘experiência concreta’, ou seja, aprendem melhor a partir da relação que se estabelece com as pessoas com quem se sentem de algum modo envolvidos. Estes

resultados estão em consonância com os obtidos por Abreu (2001, p. 231) ao identificar que os enfermeiros que desempenham funções nos centros de saúde estão mais vocacionados para a experiência concreta e reflexão. Segundo este autor, tal facto deve-se à natureza do trabalho no centro de saúde estar muito “ligada à relação, à ajuda ao saber ouvir”. Também os diversos estudos com grupos de enfermeiros, realizados por Kolb e Kolb (2005), permitiram-lhes concluir que a forma de aprendizagem está em consonância com os valores, regras e crenças, com as pressões do meio, bem como, com determinadas ideologias e identidades profissionais.

Os nossos resultados demonstram que os enfermeiros que desenvolvem actividade profissional no hospital evidenciam predominância de aprendizagem através da ‘observação reflexiva’ e da ‘conceptualização abstracta’, significando que este contexto apela mais ao desenvolvimento de competências de conceptualização, através da problematização das práticas profissionais, questionamento dos referenciais conceptuais e preocupação com a construção de modelos congruentes com a prestação de cuidados. Este facto é considerado, por Schön (2000), como a base para suportar a recursividade entre a teoria e a prática, dado permitir fornecer um conjunto de referenciais conceptuais de base.

Nos estudos desenvolvidos por Abreu (2001), o autor verificou que os enfermeiros que desenvolviam funções no hospital apresentavam predominância do estilo convergente onde predomina o desenvolvimento das competências de experimentação.

Os dados que obtivemos reforçam a ideia de que os contextos da prática podem ter uma influência na formação e no desenvolvimento de determinadas competências que esses contextos reforçam e favorecem. Também as variáveis sociodemográficas (idade e sexo) assim como ter categoria de enfermeiro especialista e ter mais tempo tanto na profissão como no actual serviço demonstraram ter influência no desenvolvimento da aprendizagem concreta.

### **Relação entre as dimensões das competências relacionais de ajuda e os modos de aprendizagem**

Neste estudo verificámos que apesar do modo de aprendizagem “experiência concreta” ser o menos evidenciado por estes enfermeiros, foi o que demonstrou relacionar-se com as competências de contacto e empáticas. Significando que, como seria de prever, numa profissão de ajuda os ambientes de aprendizagem predominantemente concretos que se

interessam pelas pessoas levam ao desenvolvimento de competências de relação (Abreu, 2001; Kolb e Kolb, 2005). O facto de se verificar relação negativa entre CA-EC e as competências de contacto e empáticas corroboram o que foi referenciado anteriormente, dado que, o aumento da preferência pela aprendizagem mais focada na abstracção leva a uma diminuição destas competências.

Os resultados deste estudo evidenciam *deficit* no modo de aprendizagem ‘experiência concreta’ podendo obstaculizar o desenvolvimento das competências de contacto e as competências empáticas, consideradas pelos diversos autores como fundamentais na *práxis* de enfermagem.

### **Variáveis predictoras do desenvolvimento de competências relacionais de ajuda**

A análise global dos resultados das variáveis predictoras do desenvolvimento de competências relacionais de ajuda evidenciou que o papel de monitor, conjuntamente com a “experiência concreta”, demonstraram ter poder explicativo para as competências de contacto.

Estes resultados levam-nos a reflectir sobre a necessidade dos líderes privilegiarem ambientes estimulantes promovendo a aprendizagem através da promoção do intercâmbio e discussão entre os colegas, tendo por base as experiências vividas nas quais se sentem envolvidos, mas também privilegiarem a monitorização do cumprimento dos critérios de excelência.

Neste sentido, torna-se importante repensar o modelo de desenvolvimento profissional, promovendo esta forma de aprendizagem, visto que, os estudos demonstram que os enfermeiros com predominância nesta forma de aprendizagem têm tendência para serem empáticos e orientados para os outros (Kolb, 1984; Botelho, 1993; Abreu, 2001; Kolb e Kolb, 2005).

Constatámos, ainda, que o ‘papel de monitor’ foi, também, predictor das competências de comunicação e genéricas, significando que a existência de normas e protocolos bem definidos e divulgados, assim como o controlo dos processos podem ser promotores do desenvolvimento destas competências. Também os resultados do estudo de Melo e Parreira (2009a) evidenciaram o impacto do papel de monitor no desenvolvimento das competências comunicacionais, empáticas e genéricas, assinalando a importância dos processos internos no desenvolvimento dessas competências.

Mas por outro lado, verificámos que o papel de facilitador também demonstrou ter um impacto positivo no desenvolvimento das competências empáticas, podendo evidenciar a necessidade que os enfermeiros sentem em ter um líder que seja promotor do desenvolvimento dos esforços colectivos promovendo a coesão e o trabalho em equipa, desempenhando um papel importante no aumento da moral da equipa, na gestão e mediação de conflitos interpessoais (Denison, Hooijberg e Quinn, 1995).

Relativamente às variáveis sociodemográficas, somente o sexo demonstrou ter poder explicativo do desenvolvimento das competências genéricas, o que está de acordo com os resultados obtidos por Ferreira (2004) numa amostra de 314 estudantes e por Melo e Parreira (2009c) numa amostra de 147 estudantes finalistas do curso de enfermagem em que as jovens do sexo feminino desenvolveram significativamente melhor as competências genéricas, empáticas e de comunicação, do que os jovens do sexo masculino. Estes resultados podem dever-se ao facto da educação familiar e os contextos serem diferentes para ambos os sexos proporcionando diferentes oportunidades de desenvolvimento de competências (Veiga, 1995).

Os resultados deste estudo evidenciam a importância de ter em conta todas estas variáveis no sentido de se promover o desenvolvimento destas competências, consideradas fundamentais para a *práxis* de enfermagem.

## **CAPÍTULO 4 – ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Neste capítulo são definidas as linhas orientadoras do percurso desta segunda fase da investigação. Assim, realizámos um estudo de caso numa unidade de cuidados de saúde que foi seleccionada na primeira fase da investigação de entre as várias unidades de saúde estudadas (8 centros de saúde e 48 unidades de saúde de 6 hospitais), por ter apresentado um maior nível de competências relacionais de ajuda, conforme resultados indicados no capítulo 3.

Seguidamente apresentamos a metodologia utilizada neste estudo, a descrição da unidade hospitalar seleccionada seguindo-se a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

### **4.1 – METODOLOGIA**

Nesta fase de investigação, começamos por apresentar o tipo de estudo, os objectivos e as questões de investigação; os participantes sendo apresentadas as estratégias de recolha da informação e os procedimentos usados na sua análise; bem como, as considerações éticas tidas em consideração.

#### **4.1.1 – Tipo de estudo, objectivos e questões de investigação**

Nesta fase da investigação optámos por utilizar o método de investigação de estudo de caso porque nos permite focalizar o fenómeno inserido no contexto da vida real, tal como defendido por Yin (2005).

Neste estudo de caso utilizámos abordagens quantitativas e qualitativas. Deste modo, na abordagem quantitativa usámos o questionário para a colheita de dados, na abordagem qualitativa foram utilizadas as entrevistas semi-estruturadas, a análise documental e a

observação participante. Para o tratamento da informação obtida através da abordagem qualitativa efectuámos a análise de conteúdo seguindo as fases descritas por Bardin (2004).

Neste estudo de caso optámos por utilizar abordagens quantitativas e qualitativas por considerarmos que a triangulação dos dados permitirá compreender a complexidade da organização da unidade de cuidados; as interacções dos sujeitos; a dinâmica do processo de aprendizagem; os pontos de vista dos participantes; a dinâmica da gestão do serviço; e as estratégias de gestão, utilizadas pela enfermeira chefe, promotoras do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda dos enfermeiros.

Tivemos como principais objectivos: identificar o nível de competências relacionais de ajuda percebido pelos enfermeiros nesta unidade de cuidados; identificar o estilo de aprendizagem predominante nos enfermeiros; avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança da enfermeira chefe; conhecer as concepções de enfermagem dos enfermeiros; analisar a importância atribuída à componente relacional na prestação dos cuidados; identificar os contributos atribuídos pelos enfermeiros para o desenvolvimento das competências relacionais de ajuda; e identificar as estratégias de gestão conducentes ao desenvolvimento de competências relacionais de ajuda dos enfermeiros.

Assim, para dar resposta à questão de partida: “Que estratégias de gestão são utilizadas pela enfermeira chefe para promover o desenvolvimento das competências relacionais de ajuda nos enfermeiros?”, foram formuladas as seguintes questões orientadoras do estudo de caso:

- Qual o nível de competências relacionais de ajuda percebido pelos enfermeiros nesta unidade seleccionada?
- Qual o modo de aprendizagem predominante nos enfermeiros desta unidade seleccionada?
- Qual a percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança da enfermeira chefe?
- Que concepção de ‘ser enfermeiro’ é partilhada pelos enfermeiros?
- Que importância atribuem os enfermeiros à componente relacional na prestação dos cuidados?
- Que contributos são identificados pelos enfermeiros como sendo promotores do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda?

- Que estratégias de gestão promovem o desenvolvimento de competências relacionais de ajuda?

Acreditamos que a resposta a estas questões poderá contribuir para uma maior compreensão do processo de desenvolvimento das competências relacionais dos enfermeiros em contexto de trabalho, contribuindo para a estruturação da aprendizagem ao longo da vida, para a melhoria da qualidade dos cuidados e para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão.

Para a concretização do estudo criámos o modelo apresentado na Figura 11, no sentido de conciliar as questões de investigação com a revisão teórica e o trabalho de campo.

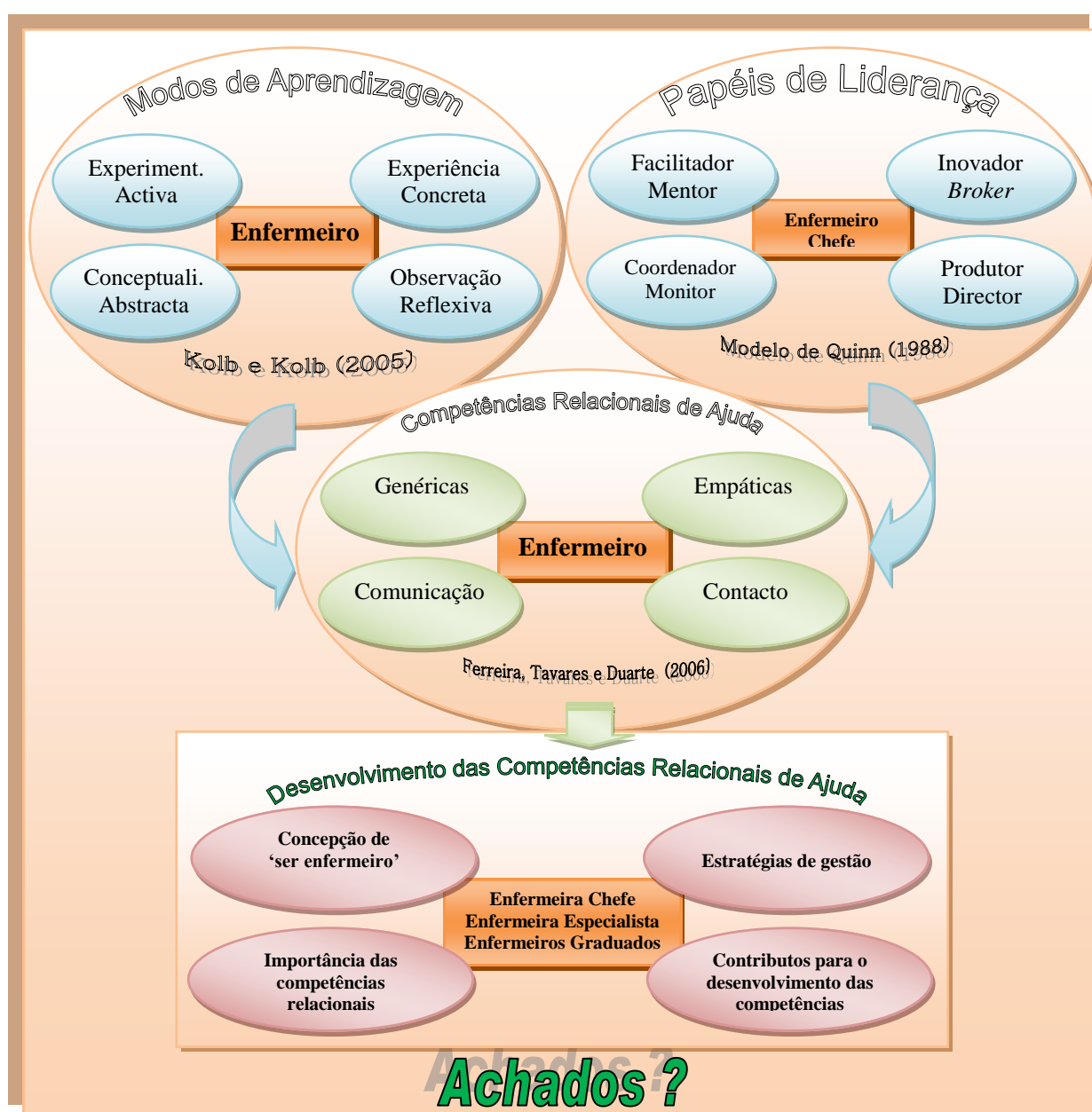


Figura 11 – Diagrama de investigação

#### 4.1.2 – Participantes e estratégias de recolha de informação

Na abordagem quantitativa, que teve como estratégia de recolha de informação o questionário, os critérios de inclusão no estudo contemplaram enfermeiros com mais de um ano de exercício profissional na unidade de saúde seleccionada e que aceitaram preencher o questionário de colheita de dados. Desta forma, do total de 28 enfermeiros 24 preenchiam os critérios de inclusão. Destes 24 obteve-se resposta de 17 enfermeiros, correspondendo a uma taxa de adesão de 70,83%. A recolha da informação foi realizada no período de Maio a Julho de 2009, através do Inventário de Competências Relacionais de Ajuda, do *Kolb Learning Style Inventory* e da Escala de Liderança.

Na abordagem qualitativa, para a realização das entrevistas tivemos como critério de inclusão os enfermeiros com categoria profissional mais elevada (enfermeiros graduados, enfermeiro especialista e enfermeiro chefe), dado serem os que no estudo realizado na primeira fase da investigação demonstraram ter percepção de um maior nível de competências relacionais de ajuda e serem considerados, segundo Benner (2005), peritos e detentores de um poder de compreensão dos factos e da situação real e, por isso, serem bons informantes. Do total dos 16 enfermeiros que cumpriam estes critérios entrevistaram-se 11 enfermeiros (o enfermeiro chefe, um enfermeiro especialista e nove enfermeiros graduados). Como método de recolha de informação utilizámos as notas de campo, a análise documental, a observação participante e a entrevista semi-estruturada, tal como defendido por vários autores (Fortin, 1999; Flick, 2005) para este tipo de estudo.

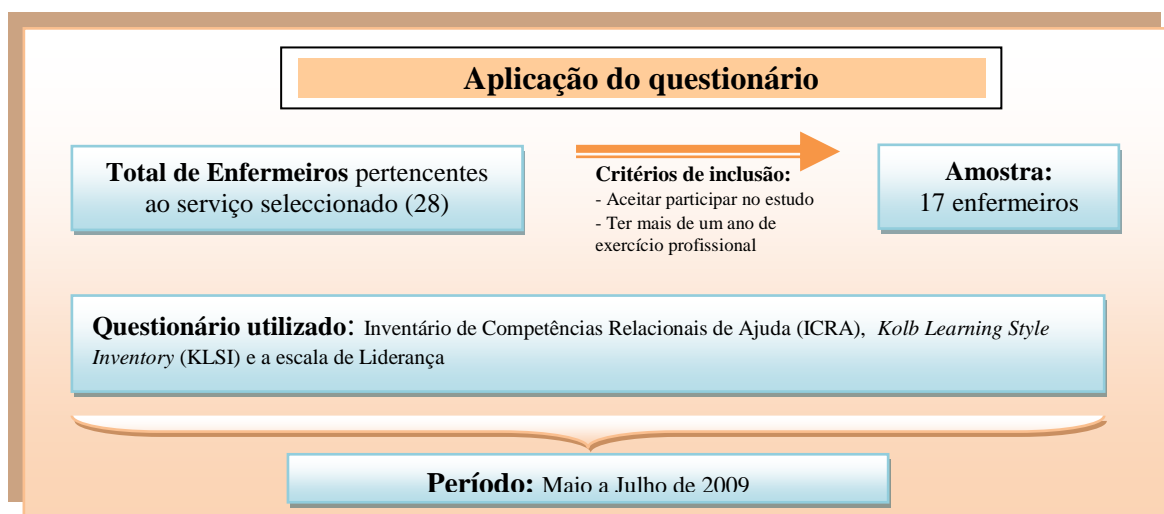
Em seguida faremos uma breve abordagem de cada instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo de caso.

##### 4.1.2.1 – Questionário

Para avaliar as competências relacionais de ajuda utilizámos o Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA) de Ferreira, Tavares e Duarte (2006) que foi alvo de estudos de adaptação na primeira fase da investigação e apresentado no capítulo 3. Este inventário é constituído por 44 itens, distribuídos por quatro dimensões: as competências genéricas, empáticas, de comunicação e de contacto.

Para avaliar os modos de aprendizagem foi utilizado o *Kolb Learning Style Inventory* (KLSI) de Kolb e Kolb (2005) que foi traduzido e alvo de estudos psicométricos na primeira fase de investigação e apresentado no capítulo 3. Este inventário é constituído por 12 itens que correspondem aos quatro modos de aprendizagem: Experiência Concreta (experienciação), Observação Reflexiva (reflexão), Conceptualização Abstracta (pensamento) e Experimentação Activa (acção). A simplicidade e a flexibilidade deste inventário permite, na óptica destes autores, a sua utilização em contextos mais restritos, em estudos onde o objectivo não é só quantificar, mas sim perceber a forma como os indivíduos aprendem, a relação que a aprendizagem e o desenvolvimento de competências têm com o contexto onde os indivíduos estão e, também, que medidas introduzir para desenvolver determinadas competências que esse contexto exige.

Para avaliação do papel de liderança, utilizámos a escala de Liderança de Quinn (1988), adaptada ao contexto da saúde em Portugal por Parreira *et al.* (2006). Este instrumento é constituído por 32 itens que permitem avaliar as competências de liderança, distribuídas por 8 papéis, a saber: mentor, facilitador, *broker*, inovador, monitor, coordenador, director e produtor, conforme já explicitado no capítulo anterior.



**Figura 12 – Recolha de informação – aplicação de questionário**

#### 4.1.2.2 – Análise documental

Neste estudo utilizámos a análise documental que incidiu sobre materiais produzidos de forma escrita nesta instituição. O material de análise foi a documentação em enfermagem, os manuais, a legislação e os regulamentos. O critério de inclusão definido para seleccionar os documentos foi, depois de uma leitura inicial, identificar aqueles que apresentavam referências à componente relacional na prestação dos cuidados de enfermagem. Na documentação em enfermagem, a nossa preocupação incidiu na verificação da valorização dada aos aspectos relacionais nos registos dos actos de enfermagem praticados.

#### 4.1.2.3 – Observação participante

A observação participante desenrolou-se durante um período alargado (iniciou a 26 de Novembro de 2009 e terminou no final do Mês de Julho de 2010), no qual nos foi permitida uma integração paulatina no contexto sociocultural onde os enfermeiros desenvolvem a sua actividade. A enfermeira chefe do serviço deu-nos uma preciosa colaboração, não só autorizando a realização do estudo, como também facilitando a integração no grupo e nos diversos espaços (passagem de turno, formação em serviço...), fornecendo informações fundamentais para percebermos a dinâmica do serviço.

Foi nosso propósito, ao iniciar o trabalho de campo, conquistar a confiança dos actores, para que a nossa presença interferisse o mínimo possível com o funcionamento do serviço. Posto isto, no início do período de observação participante, informámos os enfermeiros do objectivo do nosso trabalho de campo. Solicitámos a sua colaboração na logística e nas actividades desenvolvidas para a prossecução do trabalho.

A duração dos períodos de observação foi muito variável, devido às situações e contextos que pretendíamos observar serem, também, muito diferentes. Optámos por iniciar com espaços de tempo curtos (de cerca de 3 horas), das 14 às 17 horas, pois este era o período em que os enfermeiros estavam mais disponíveis para falarem connosco. Neste período aproveitámos para participar na passagem de turno, momento muito importante para poder observar as relações estabelecidas entre os profissionais e a enfermeira chefe, e a ênfase

que é dada à componente relacional na transmissão da informação. Realizámos, também, algumas sessões de observação no início do turno da manhã, nomeadamente, assistindo à passagem de turno das 8 horas, que nos permitiu observar a dinâmica do serviço no início da manhã, como são organizados os cuidados e as relações estabelecidas entre os profissionais, e a forma como é realizado o acolhimento aos doentes e familiares. Tivemos, ainda, oportunidade de realizar algumas sessões de observação durante o período da tarde, nomeadamente, junto à hora do jantar, o que nos permitiu verificar a forma como os profissionais se articulam e as relações de proximidade e de entreajuda que estabelecem entre eles.

Durante o período de observação participámos em actividades de formação formais e informais e em momentos de confraternização. Não dedicámos especial atenção à prestação dos cuidados, de modo a que os enfermeiros não se sentissem observados. Centrámos-nos, essencialmente, na opinião dos vários actores sobre as relações que se estabeleciam entre eles. Nesta fase recorremos, sempre que foi necessário, ao bloco de notas para registar a informação, de forma a podermos reconstituí-la tão fielmente quanto possível.

A observação participante foi importante para poder compreender as relações que estabelecem entre si, a forma como estão organizados os cuidados, como são prestados esses cuidados, a ênfase dada à componente relacional na prestação dos cuidados, a forma como a enfermeira chefe se relaciona com os enfermeiros, no sentido de identificar que estratégias utiliza para o desenvolvimento das competências relacionais dos enfermeiros.

Esta técnica de colheita de informação foi ainda relevante para a construção do guião da entrevista semi-estruturada e para analisar a consonância entre o que estes verbalizam e aquilo que de facto acontece no seu dia-a-dia, daí a observação participante ser considerada muito importante nas estratégias de triangulação, destinadas à validação da informação colhida através dos questionários e das entrevistas, dado que, esta contém “um misto de como as coisas são e como deveriam ser” (Flick, 2005, p. 138).

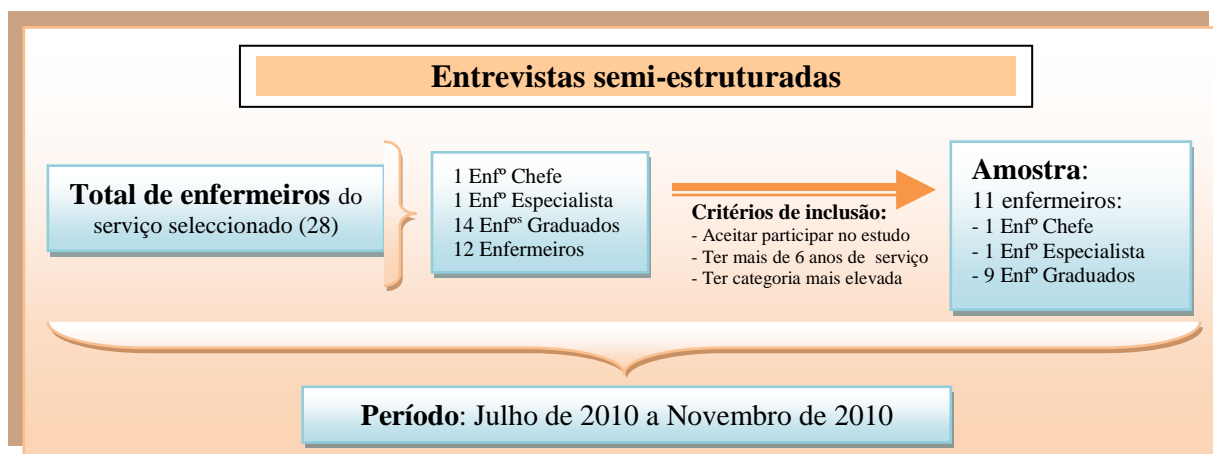
#### 4.1.2.4 – Entrevista semi-estruturada

A entrevista semi-estruturada foi, neste estudo, a técnica privilegiada de recolha de informação, dado possibilitar a compreensão da informação recolhida através do

questionário e da observação participante. Assim, foram realizadas onze entrevistas que decorreram entre Julho de 2010 e Novembro de 2010, tal como apresentado na Figura 14.

Na realização das entrevistas o guião assumiu-se como determinante, concorrendo para evitar a dispersão por temas irrelevantes. Foram elaborados dois guiões de entrevista (Anexos 7 e 8), respectivamente um para a enfermeira chefe e outro para os restantes enfermeiros (enfermeira especialista e enfermeiros graduados), devido ao conteúdo e objectivo da informação a serem recolhidos serem diferentes.

A entrevista foi organizada em duas partes, na primeira parte da entrevista foram explicitados os objectivos do estudo, a forma de assegurar o cumprimento dos aspectos éticos, seguindo-se o momento do consentimento informado. Na segunda parte foi realizada a colheita de dados pessoais (idade e sexo) e profissionais (categoria profissional, formação, tempo de exercício profissional e tempo no actual serviço) para permitir fazer a caracterização dos participantes, seguindo-se o corpo da entrevista. Por último, encerrámos a entrevista com o acordo da confirmação dos registos efectuados.



**Figura 13 – Recolha de informação – entrevistas semi-estruturadas**

Na realização da entrevista tivemos especial atenção aos aspectos contextuais relacionados com o ambiente, o espaço físico, a privacidade, o tempo disponível dos enfermeiros e as atitudes como entrevistador durante a condução da entrevista, das quais salientamos a compreensão e a empatia como atitudes favorecedoras. Deste modo, tentámos conciliar os espaços de tempo livres e de alguma disponibilidade, evitando a sua realização após um dia de trabalho devido ao desgaste físico e emocional. A opção esteve ao critério dos entrevistados, privilegiando as suas preferências, o seu bem-estar, bem como, a individualidade e privacidade inerente a uma interacção desta natureza. O tempo de realização das entrevistas variou entre os vinte e oito minutos e uma hora e quarenta e dois

minutos, oscilando este tempo de acordo com o relato das experiências por parte do entrevistado.

As entrevistas foram gravadas, após consentimento dos participantes, com o objectivo de recuperar grande parte do ambiente que as rodearam. Houve situações em que a entrevista se prolongou de forma agradável, depois de se desligar o gravador, denotando que os entrevistados preferiam falar sem estar sujeitos ao gravador. Nesta situação, recorremos a registos efectuados logo após a entrevista.

A seguir a cada uma das entrevistas ouvimos imediatamente a gravação, para verificar se esta fazia sentido e que aspectos deveríamos melhorar no formato da sua realização. Após a realização das entrevistas procedemos à sua transcrição utilizando o ‘software’ Microsoft Office Word 2007 e o ‘software’ QSR NVivo 8. Após a transcrição das entrevistas foi feita a validação junto dos respectivos enfermeiros que, pontualmente, alteraram alguns aspectos relacionados com a construção das frases e a respectiva pontuação.

Os procedimentos de análise da informação recolhida ocorreram de acordo com a complexidade da interacção com os diferentes métodos de recolha de dados utilizados, suportada nas questões de investigação, objectivos e enquadramento teórico.

#### **4.1.3 – Procedimentos de análise da informação**

Neste estudo de caso, utilizámos diferentes métodos de recolha de dados, conforme referenciado anteriormente, mas iremos apenas fazer referência aos procedimentos relativos à utilização do questionário e à entrevista semi-estruturada, dado que, a observação participante e a análise documental foram somente utilizadas para complementar a informação recolhida e para enquadrar o contexto onde foi realizado o estudo de caso.

Assim, no tratamento da informação obtida através do questionário procedemos ao tratamento estatístico, utilizando estatística descritiva para determinação das frequências. Os dados obtidos foram apresentados sob a forma de quadro. Salientamos que neste estudo não recorremos a estatística analítica, dado o objectivo não ser o estabelecimento de relações de causalidade.

Na análise da informação, obtida através da entrevista semi-estruturada, tivemos em conta que a interpretação envolve a capacidade de síntese sobre os dados colhidos, visualizando-os em relação aos objectivos propostos na pesquisa, sendo necessário aderir a um processo de organização sistematizado que respeite teoricamente a análise das informações.

Por conseguinte, após a recolha dos dados e transcrição da informação, procurámos, então, proceder ao seu tratamento, tendo sido eleita a análise de conteúdo como técnica de análise da informação obtida a partir das fases descritas por Bardin (2004) e que são a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação.

Assim, na fase de pré-análise foi realizada uma primeira leitura das informações colhidas tentando apreender, de forma geral, o que os enfermeiros e a enfermeira chefe pensam acerca das estratégias de gestão na promoção do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda.

A segunda fase do trabalho consistiu na exploração do material, ou seja, no processo através do qual os dados brutos foram sendo transformados sistematicamente e agregados em unidades através de codificação. Desta forma, procurámos edificar uma análise de conteúdo do tipo temática/categorial (Bardin, 2004) utilizando um método misto, fechado e aberto, a partir de um constante vaivém entre o quadro conceptual do estudo e o material empírico obtido através das entrevistas. Esta análise de conteúdo foi baseada na organização de uma grelha de análise estruturada por temas, reunidos em categorias, depois em subcategorias e em indicadores. Nesta perspectiva, as categorias foram construídas de forma a assumirem um determinado ‘campo’ conceptual susceptível de conter e interpretar os diferentes temas que nelas pudessem ser classificados.

O parágrafo foi eleito como o segmento de discurso mais pequeno a ser codificado, constituindo-se como a nossa unidade de sentido (indicador). Procurou-se, então, extrair das entrevistas as unidades de sentido com maior significado para o nosso estudo, tendo em atenção as questões e os objectivos de investigação já formulados.

No processo de codificação das unidades de sentido (indicadores), que desenvolvemos no nosso estudo, foram constantemente necessárias leituras verticais de cada entrevista e leituras horizontais de várias entrevistas, de modo a estabelecer uma relação entre todas, à medida que iam sendo analisadas. Desta forma, fomos elaborando várias grelhas provisórias que se foram transformando através da resolução das incoerências e dúvidas

suscitadas pela complexidade de vários níveis de análise, adquirindo um determinado significado.

A classificação destas unidades de sentido nas diversas categorias resultou da identificação de um conjunto de elementos comuns entre elas que culminou na atribuição de um título conceptual a cada categoria (alguns destes títulos foram definidos por referência ao enquadramento teórico, outros emergiram dos discursos dos participantes que vieram acrescentar conteúdo ao enquadramento teórico).

Ainda seguindo as orientações de Bardin (2004) procurámos que as categorias construídas respeitassem um conjunto de princípios, de forma a garantir a validade da análise, como o princípio de exclusão mútua, em que cada unidade de sentido deve ser apenas classificada numa única categoria; homogeneidade na medida em que contém elementos do texto; pertinência dado que se procurou adaptar o material de análise aos objectivos da investigação e às questões de partida previamente definidas; objectividade e fidelidade, procedendo à repetição de algumas classificações, de forma a garantir que analistas diferentes chegariam à mesma conclusão.

Na terceira fase, no tratamento dos dados, utilizámos o ‘software’ QSR NVivo8 que permitiu facilitar o manuseamento do conjunto de material discursivo obtido nas entrevistas. A análise da informação obtida resultou, apenas, numa análise qualitativa, não tendo sido, por isso, submetida a processos quantitativos como por exemplo, a enumeração ou a contagem da frequência das palavras dos indicadores ou das categorias.

#### **4.1.4 – Considerações éticas**

Ao realizarmos a investigação num contexto que envolve seres humanos pode, por vezes, incorrer-se em danos aos direitos e liberdades das pessoas envolvidas. Nesse sentido, é importante tomar todas as medidas necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações (Fortin, 1999). Assim, no planeamento da investigação procurámos ter em atenção os direitos fundamentais das pessoas, como a auto determinação, a intimidade, o anonimato, a confidencialidade, a protecção contra o desconforto e o prejuízo, o tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999); bem como, ter em consideração o enunciado no Código Deontológico do Enfermeiro, em relação ao respeito pelo que nos dizem e ao dever do sigilo (Ordem dos Enfermeiros, 2003a).

O direito à autodeterminação baseia-se no princípio ético pelo respeito pelas pessoas, segundo o qual as pessoas são capazes de decidir por elas próprias tomando conta do seu próprio destino. No sentido de respeitar este direito, informámos os participantes que fazem parte deste estudo dos objectivos do estudo, qual a informação que pretendíamos obter, o método de colheita de dados que iríamos utilizar, que a sua participação não lhes traria qualquer risco ou prejuízo e que tinham o direito de decidir livremente da sua participação no estudo.

O direito à intimidade, à liberdade que a pessoa tem de decidir sobre a quantidade da informação a fornecer ao participar numa investigação e a decidir em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas (Fortin, 1999) foi tido em consideração, explicando aos participantes que lhes competia somente a eles decidirem sobre a extensão da informação que pretendiam dar, tendo-lhes sido referido que seria salvaguardada a confidencialidade dessa informação.

O direito ao anonimato é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às suas respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador, e o direito à confidencialidade é uma garantia de que qualquer informação que o informante forneça não será publicamente divulgada ou acessível a partes que não estejam envolvidas na investigação (Polit e Hungler, 1995).

Nesta investigação, na colheita de dados realizada através do questionário, foi assegurado o direito ao anonimato e à confidencialidade, visto que, o questionário foi preenchido pelos próprios sujeitos sem assistência e foram enviados pelo correio, o que permite o anonimato do sujeito e a confidencialidade dos dados; permitindo ainda a assunção do que nos diz o artigo 85, do Código Deontológico do Enfermeiro “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2003b). Quando utilizámos a entrevista só foi possível garantir o anonimato aos enfermeiros graduados, dado que, como só existia uma enfermeira chefe e uma enfermeira especialista não conseguimos não relacionar estes participantes aos dados fornecidos, no entanto estes aspectos foram previamente acordados com estas enfermeiras. Para garantir a confidencialidade os anexos, que contêm parte da informação fornecida por estes enfermeiros, só serão disponibilizados aos elementos do júri das provas de doutoramento.

O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhes fazer mal ou de os prejudicar. Nesta

investigação, aquando da entrevista, e uma vez que os enfermeiros se pronunciaram acerca das estratégias utilizadas pela enfermeira chefe, dado que poderia haver desconforto, tentámos atenuar estes sentimentos através do respeito demonstrado nas suas respostas e opiniões, e da explicação da participação neste estudo ser voluntária competindo-lhes a decisão da informação que queriam transmitir e colocar na investigação. Neste sentido, quando no final foram entregues as transcrições das entrevistas aos enfermeiros, foi-lhes dada liberdade para retirarem o que não quisessem que fosse divulgado na investigação, o que não veio acontecer, dado que, a informação transcrita foi validada integralmente.

O direito a um tratamento justo e equitativo reporta à selecção e ao tratamento imparcial dos participantes nesta investigação, apelando a que a selecção destes seja directamente ligada ao problema de investigação e não baseada na conveniência ou unicamente na disponibilidade dos sujeitos, o que tentámos que não acontecesse neste estudo.

Assegurámos a fidelidade, através do rigor da análise dos dados, a confidencialidade e a preservação da identidade dos participantes, pelo que, não apresentámos todos os verbatins das entrevistas e demais dados que poderiam colocar em causa o anonimato dos participantes, como o consentimento informado assinado pelos informantes.

Foi ainda solicitada autorização, à enfermeira chefe da respectiva unidade, para a consulta dos documentos pertinentes para o estudo.

Procurámos que o estudo se desenvolvesse de uma forma honesta, num ambiente de tranquilidade e conforto nas interacções entre todos os participantes.

## **4.2 – DESCRIÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR**

O estudo de caso foi realizado em contexto hospitalar, num serviço pertencente ao Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, E.P.E. Esta é uma unidade hospitalar que integra a rede de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e a plataforma de tipo A da rede de referência hospitalar de oncologia, o que lhe atribui responsabilidades de topo no diagnóstico e tratamento da doença oncológica.

O primeiro edifício sede do Instituto Português de Oncologia (IPO) remonta o ano 1953. Em 1977 pelo Decreto-Lei nº 178 de 3 de Maio, são institucionalizados os Centros

Regionais do IPO de Francisco Gentil em Coimbra e Porto com autonomia administrativa, técnica e científica. Em Dezembro de 2005, através do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro é transformado em Entidade Pública Empresarial (EPE), passando a designar-se como Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. (IPOCFG, EPE).

A missão do IPOCFG, E.P.E., expressa no Artigo 5º do seu Regulamento Interno (2009), é “ (...) desenvolver acções nos domínios da prestação de cuidados de saúde, da prevenção primária e secundária, da investigação, da formação e ensino oncológico, do rastreio e registo oncológico e da colaboração na definição e acompanhamento de execução da política oncológica nacional, constituindo-se como uma instituição de referência para os cidadãos que serve e para os serviços de saúde”.

Em Setembro de 2000 o IPOCFG, E.P.E. aderiu voluntariamente ao projecto de acreditação da instituição pelo *King’s Fund Health Quality Service*, por força do protocolo existente entre o Ministério da Saúde (Instituto da Qualidade em Saúde) e aquela entidade. Em Dezembro de 2005 a instituição é notificada da decisão do comité da acreditação do *Health Quality Service* (HQS) de que o IPOCFG, E.P.E. tinha atingido a acreditação total, tendo sido reacreditado no ano de 2010.

De acordo com o Regulamento Interno (2009), art.º 42, nº 1, a organização da prestação de cuidados de saúde do IPOCFG, E.P.E., está estruturada em departamentos (IPO, 2009). Cada departamento é dirigido por um director, nomeado pelo Conselho de Administração, sob proposta do director clínico. Os serviços de prestação de cuidados de saúde podem funcionar de forma agregada em departamento. Cada serviço é dirigido por um director, nomeado pelo Conselho de Administração.

O desempenho de funções de direcção, chefia ou coordenação é efectuado em regime de comissão de serviço, nos termos do Código do Trabalho, de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.

A atribuição das funções de direcção, chefia ou coordenação constam do acordo específico celebrado com o Conselho de Administração, sob proposta do director clínico, para os cargos de direcção de departamento ou serviço de prestação de cuidados de saúde, do enfermeiro director para os cargos de chefia de serviços de enfermagem (IPO, 2009).

O IPOCFG, E.P.E. dispõe de uma lotação de 231 camas, trata cerca de 5000 doentes por ano em regime de internamento, efectua cerca de 8000 tratamentos de quimioterapia anuais

em Hospital de Dia, dispoendo de cerca de 800 profissionais. Esta instituição integra vários serviços nos quais se inclui o serviço alvo da nossa investigação.

#### **4.2.1 – Caracterização do serviço e dos enfermeiros**

O serviço tem como missão promover a melhoria contínua da qualidade e uma prestação de cuidados de enfermagem eficaz de acordo com a política de complementaridade definida e conducente à satisfação dos utentes e dos profissionais.

Este serviço tem uma lotação de 40 camas distribuídas por 9 salas, tendo cada sala entre duas a seis camas. É de salientar que as salas são bastante iluminadas e que entre as camas existem cortinas que permitem preservar a privacidade dos doentes.

Neste serviço existem espaços de apoio destinados aos tratamentos, terapêutica, gabinete de enfermagem, do enfermeiro chefe/médico, sala de acolhimento dos doentes e família, instalações sanitárias, um refeitório e uma copa.

Os doentes apresentam uma patologia oncológica variada e distribuem-se pelas várias faixas etárias, no entanto, nos últimos anos tem-se verificado um aumento do número de internamentos de doentes cada vez mais jovens. O tempo de internamento é variável de acordo com a patologia do doente.

A equipa multidisciplinar do serviço é constituída por Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Secretárias Clínicas. Para além destes há, ainda, o apoio da Fisiatra, da Cabeleireira, da Psicóloga, da Assistente Social e do Capelão. Estes profissionais são comuns a todos os serviços da instituição.

A equipa de enfermagem é constituída por 28 enfermeiros, dos quais, uma enfermeira chefe, uma enfermeira especialista, 14 enfermeiros graduados e 12 enfermeiros. No que concerne às habilitações académicas, 27 enfermeiros são licenciados em enfermagem e um é bacharel, sendo um, também, licenciado em psicologia. Destes, dois enfermeiros têm especialidade, um em saúde comunitária e outro em saúde mental e psiquiátrica, quatro enfermeiros têm o mestrado e um frequenta o doutoramento em ciências da enfermagem na área das terapias alternativas.

A maioria dos enfermeiros é do sexo feminino (78,57%), com uma média de idades de 33,38 anos, sendo a idade mínima de 23 anos e a idade máxima de 51 anos, com um tempo de permanência no serviço, em média, de 8,23 anos, tal como apresentado na Tabela 54.

Tabela 54 – Distribuição dos enfermeiros, pertencentes ao serviço seleccionado, segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Categoria profissional</b>			
Enfermeiro Chefe	1	3,57	
Enfermeiro Especialista	1	3,57	
Enfermeiro Graduado	14	50,00	
Enfermeiro	12	42,86	
<b>Sexo</b>			
Masculino	6	21,43	
Feminino	22	78,57	
	<b>Min</b>	<b>Mx</b>	<b>Média</b>
Idade (em anos)	23	51	33,38
Anos de profissão	0	22	10,58
Tempo no actual serviço (em anos)	0	23	8,23

Os enfermeiros e os assistentes operacionais são os elementos que permanecem no serviço ao longo das 24 horas distribuídos por turnos de 8h, de acordo com as necessidades em horas de cuidados. Os médicos e outros técnicos estão no serviço, preferencialmente, no turno da manhã.

Os enfermeiros estão distribuídos da seguinte forma: sete enfermeiros no turno da manhã, três ou quatro no turno da tarde e dois enfermeiros no turno da noite.

As actividades desenvolvidas fundamentam-se em protocolos, normas e critérios institucionais e do próprio serviço. As funções dos enfermeiros baseiam-se no Decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro e nos Decretos-lei n.º 247 e 248/2009, de 22 de Setembro e nas normas institucionais e do serviço relativas ao desempenho profissional dos enfermeiros, existente no Manual de Enfermagem do serviço.

A enfermeira chefe tem como funções representar a direcção do serviço de enfermagem; colaborar com o chefe da equipa; gerir recursos; apoiar tecnicamente; coordenar a equipa de enfermagem; resolver anomalias; gerir e coordenar o transporte dos utentes. É, ainda, responsável pela gestão do pessoal de enfermagem, pelas assistentes operacionais e pelos estudantes de enfermagem. Na ausência da enfermeira chefe, a supervisão dos estudantes

de enfermagem fica assegurada pela enfermeira responsável pela formação em serviço ou pela enfermeira que colabora directamente na gestão do serviço.

A enfermeira chefe garante a formação contínua no serviço dos enfermeiros e assistentes operacionais. A enfermeira responsável pela formação em serviço, em articulação com a enfermeira chefe, procede à identificação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem e à elaboração de um plano de formação. Ao Gabinete Coordenador da Formação compete “elaborar e propor ao Conselho de Administração as linhas gerais e as principais áreas da formação a desenvolver em cada ano” (IPO, 2009). A este gabinete compete, ainda, coordenar toda a área formativa, sendo elaborado um plano de formação para toda a instituição. Em cada serviço existe uma listagem das actividades formativas para os colaboradores se poderem inscrever de acordo com as suas necessidades individuais.

No serviço realizam-se 2 reuniões gerais que são programadas logo no início do ano. As reuniões de passagem de turno são aproveitadas como momento formativo, de partilha e de reflexão sobre as práticas. Estas reuniões são, também, utilizadas para a enfermeira chefe transmitir informações pertinentes e oportunas a todos os elementos da equipa. A enfermeira chefe controla através de impresso criado para o efeito a quem transmite essas informações, para poder difundir essas informações a toda a equipa.

No serviço existe um manual de integração dos funcionários que tem como objectivo garantir a integração de forma consciente de todo o pessoal, de acordo com os requisitos da instituição e da especificidade do serviço. Este manual é entregue ao novo enfermeiro no momento da sua admissão, sendo, também, realizado o seu registo em impresso próprio no sentido de garantir que efectuou a formação e integração na instituição.

Deste manual faz parte um programa de integração institucional com toda a programação. A enfermeira chefe faz o acolhimento do enfermeiro recém-chegado e selecciona o enfermeiro mais antigo e de referência em termos do desempenho profissional que vai ser mentor em todo o processo de integração.

O período de integração preconizado para este serviço é de três meses, podendo ir até um ano no que se refere ao conhecimento dos aspectos relacionados com a gestão e estar apto para ficar responsável de turno. Este período de tempo oscila consoante o nível de desempenho do enfermeiro e a sua experiência profissional.

De notar a existência de um programa de actualização que se aplica a todos os enfermeiros que retomem o exercício após 5 anos de interrupção da actividade profissional, ou que trabalhem menos de 100 dias ou 750 horas nos 5 anos anteriores. Estes enfermeiros seguem o actual programa de integração, havendo um enfermeiro responsável pelo seu acompanhamento e supervisão. Nestes casos o tempo de integração varia consoante as necessidades individuais dos enfermeiros, podendo ser necessário formação específica dirigida para as áreas da dificuldade.

Existe, também, um plano de integração para os outros elementos da equipa de saúde, secretariado clínico e assistentes operacionais. Todos os profissionais são sensibilizados para trabalhar em equipa e tratar sempre os doentes pelo seu nome e não pelo número da cama.

Os enfermeiros são sujeitos à avaliação de desempenho pela enfermeira chefe e que é realizada de acordo com a legislação que estava em vigor à data da recolha de informação do presente trabalho, Decreto-lei Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, com alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 412/98, de 30 de Dezembro e regulamentado pelo Despacho n.º 2/93, de 30 de Março, que tem como objectivos melhorar o desempenho através do conhecimento das suas potencialidades, dificuldades e necessidades; contribuir para a valorização do enfermeiro; detectar factores que influenciam o rendimento profissional do enfermeiro; e detectar necessidades de formação.

Os cuidados de enfermagem estão organizados de forma a satisfazer as necessidades dos doentes, tendo o enfermeiro um papel fundamental na dinâmica do serviço.

O método de organização dos cuidados implementado neste serviço apesar de ser designado pelos enfermeiros como método individual, consideramos que assume características do método de enfermeiro de referência, dado haver uma preocupação com a continuidade dos cuidados, ou seja, o enfermeiro mantém-se com o mesmo doente, preferencialmente, desde a entrada até à sua alta, no sentido de contribuir para uma maior proximidade relacional favorecendo a relação entre o enfermeiro e o doente. Só em situações pontuais, quando o enfermeiro demonstra sinais de desadequação, é assumido pela equipa uma alteração no acompanhamento do doente. O enfermeiro é responsável por acolher o doente e família; elabora a colheita de dados e respectivo plano de cuidados; actualiza o plano de cuidados; cuida dos seus doentes e família sempre que está de serviço, acompanhando a sua evolução durante a hospitalização.

Do processo clínico do doente fazem parte a história clínica de enfermagem, o plano de cuidados e vários registos como as notas de evolução, sinais vitais e balanço hídrico. Neste serviço utilizam o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E).

Este serviço está interligado com os diferentes serviços do hospital, dos quais salientamos a relação com o serviço de dietética e nutrição e a farmácia. As normas e os protocolos existentes no serviço determinam o modo como as refeições são distribuídas, a sua composição e horário. Os produtos relacionados com o serviço de farmácia e terapêutica são repostos pelo sistema de dose unitária. A distribuição de produtos de armazém é efectuada pelo sistema de reposição de stocks.

No âmbito da continuidade do funcionamento do serviço, existe o plano de actividades que é elaborado anualmente em conjunto com a enfermeira chefe e o director clínico. Neste plano são definidas as actividades a desenvolver nesse ano. Neste serviço os enfermeiros estão envolvidos em vários projectos como a qualidade dos cuidados de enfermagem; hemoderivados; prevenção das úlceras de pressão e dos seromas nas doentes mastectomizadas.

Constatámos que todo o serviço se baseia em princípios, normas reguladoras e protocolos uns elaborados pelo próprio serviço, pela comissão da qualidade da instituição e outros pelo Conselho de Administração.

#### **4.3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS**

No presente subcapítulo procedemos à apresentação e discussão dos dados relativos à percepção dos enfermeiros sobre o nível de competências relacionais de ajuda, modos de aprendizagem, desempenho dos papéis de liderança e dos dados obtidos através da análise de conteúdo decorrente das entrevistas semi-estruturadas realizadas aos enfermeiros, no sentido de compreender qual o contributo da dirigente no desenvolvimento de competências relacionais de ajuda.

É curioso verificar a coerência dos dados colhidos através dos vários instrumentos utilizados, questionários, entrevistas semi-estruturadas e observação participante, neste estudo de caso e que passamos a apresentar.

### 4.3.1 – Competências relacionais de ajuda, modos de aprendizagem e papéis de liderança

Seguidamente iremos apresentar e discutir os dados descritivos obtidos através da aplicação do Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA), do Inventário de Estilos de Aprendizagem e da Escala de Liderança, na base dos quais será feita a interpretação de acordo com o quadro teórico e os objectivos definidos para o nosso estudo.

#### 4.3.1.1 – Competências Relacionais de Ajuda

Para avaliar o nível de competências relacionais de ajuda começámos por efectuar o cálculo das pontuações obtidas no total do ICRA e de cada uma das suas dimensões, verificando-se que os valores do ICRA total oscilam entre 5,52 e 6,81, com uma média de 6,41 e um desvio padrão de ,38.

Os valores obtidos nas dimensões do ICRA encontram-se de uma forma geral acima dos valores médios (3,5). Como podemos observar, na Tabela 55, as médias oscilam entre 6,32 e 6,58, sendo superiores aos valores médios obtidos na amostra recolhida de entre os vários serviços a um total de 690 enfermeiros, tal como referenciámos no capítulo 3. No actual estudo obteve-se o valor mais elevado na dimensão competências de contacto (6,58) e o mais baixo nas competências empáticas (6,32), enquanto no estudo referenciado anteriormente, o valor mais elevado foi obtido nas competências genéricas (5,98) e o valor mais baixo nas competências de contacto (4,80).

Tabela 55 – Mínimo, máximo, média, desvio padrão da escala Total do ICRA e nas dimensões nos estudos realizados com 17 e com 690 enfermeiros

Estudo	Estudo de caso (17 enfermeiros)				Estudo anterior (690 enfermeiros)			
	Mínimo	Máximo	Média	SD	Mínimo	Máximo	Média	SD
Dimensões								
ICRA _Total	5,52	6,81	6,41	,38	1,79	7,00	5,40	,70
Comp. Genéricas	5,67	6,87	6,40	,40	1,20	7,00	5,98	,66
Comp. Empáticas	5,38	6,85	6,32	,44	1,77	7,00	5,24	,86
Comp. Comunicação	5,33	6,89	6,34	,54	1,89	7,00	5,60	,87
Comp. Contacto	5,57	7,00	6,58	,42	1,29	7,00	4,80	1,20

Estes resultados denotam uma percepção elevada do nível de competências relacionais de ajuda destes enfermeiros, apontando para uma predominância das competências ligadas ao toque e às distâncias, consideradas fundamentais no processo de cuidar (Pepleau, 1993) o que não aconteceu no estudo anterior, dado que, foram as competências genéricas as que apresentaram valores mais elevados, e as de contacto valores mais baixos.

O facto das competências de comunicação também serem valorizadas pelos enfermeiros vem reforçar a interiorização, por parte destes profissionais, da importância que a comunicação tem no processo de cuidar, o que está de acordo com Silva (2006) quando refere que a comunicação adequada permite melhorar a interacção com os pacientes.

#### 4.3.1.2 – Modos de aprendizagem

Verificámos que estes enfermeiros apresentam *scores* mais elevados na Experiência Concreta (EC) (32,53) e na Experimentação Activa (EA) (31,82) e valores mais baixos na Conceptualização Abstracta (CA) (25,88), enquanto no estudo anterior (capítulo 3) o *score* mais elevado foi na Experimentação Activa (33,18) e o valor mais baixo na Experiência Concreta (25,63), tal como se pode verificar na Tabela 56.

Tabela 56 – Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos modos de aprendizagem nos estudos realizados com 17 e 690 enfermeiros

Modos de aprendizagem	Estudo		Estudo de caso (17 enfermeiros)				Estudo anterior (690 enfermeiros)			
	Mín	Máx	Mín	Máx	Média	SD	Mín	Máx	Média	SD
Observação Reflexiva (OR)	18	40	18	40	29,76	6,10	14	47	31,44	6,07
Experimentação Activa (EA)	23	46	23	46	31,82	6,51	15	48	33,18	6,44
Experiência Concreta (EC)	16	48	16	48	32,53	9,29	12	48	25,63	6,88
Conceptualização Abstracta (CA)	14	34	14	34	25,88	5,89	13	47	29,85	5,38
CA-EC	-17	16	-17	16	2,06	5,89	-34	31	4,24	10,12
EA-OR	14	34	14	34	25,88	5,89	-25	32	1,70	10,32

Estes enfermeiros evidenciam uma predominância dos modos de aprendizagem “experiência concreta” e “experimentação activa”, significando que estes enfermeiros privilegiam a aprendizagem pela acção, através da relação interpessoal estabelecida com as pessoas (Kolb, 1984; Botelho, 1993; Abreu, 2001).

### 4.3.1.3 – Papéis de liderança

Apresentamos em seguida as estatísticas descritivas da percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança do enfermeiro chefe.

Como podemos verificar, na Tabela 57, todos os papéis de liderança percebidos pelos enfermeiros apresentam valores médios superiores a 6,16, sendo os papéis de director (6,43), produtor (6,41), facilitador (6,40) e mentor (6,37) aqueles que apresentam valores médios superiores, apesar dos seus valores médios não serem muito superiores aos dos outros papéis. O papel de inovador (6,16) é aquele que é percebido com menor ênfase. Enquanto no estudo anterior o papel de produtor apresentou valores mais elevados (5,31) e o papel de facilitador (4,94) foi percebido com menor ênfase.

Tabela 57 – Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos papéis de liderança nos estudos realizados com 17 e 690 enfermeiros

Papéis de liderança	Estudo de caso (17 enfermeiros)				Estudo anterior (690 enfermeiros)			
	Min	Max	Med	DP	Min	Max	Med	DP
Papel de <i>Broker</i>	4,75	7,00	6,21	,59	1,00	7,00	4,99	1,28
Papel de Facilitador	5,00	7,00	6,40	,67	1,00	7,00	4,94	1,43
Papel de Inovador	4,75	7,00	6,16	,66	2,00	7,00	4,98	1,12
Papel de Mentor	4,25	7,00	6,37	,87	1,00	7,00	5,27	1,43
Papel de Monitor	5,00	7,00	6,19	,65	1,00	7,00	5,08	1,23
Papel de Produtor	5,00	7,00	6,41	,66	1,00	7,00	5,31	1,26
Papel de Coordenador	4,75	7,00	6,32	,75	1,00	7,00	5,13	1,25
Papel de Director	5,00	7,00	6,43	,65	1,00	7,00	5,28	1,23

Estes resultados apesar de indicarem a percepção de uma liderança eficaz, dado haver reconhecimento por parte dos enfermeiros deste serviço no desempenho de todos os papéis de liderança, apontam para uma predominância do modelo das metas racionais (Quinn *et al.*, 2003) indiciando o desempenho de liderança centrado no controlo, mas ao mesmo tempo também se verifica valorização do modelo das relações humanas (Quinn *et al.*, 2003), dado que os papéis de facilitador e mentor também apresentam valores elevados.

#### 4.3.2 – Contributo dos dirigentes no desenvolvimento das competências relacionais de ajuda

Apresentamos a seguir, a caracterização dos enfermeiros que participaram nas entrevistas semi-estruturadas, no âmbito do estudo qualitativo que teve como objectivos conhecer as concepções do que é “Ser enfermeiro”, analisar a importância atribuída à componente relacional na prestação dos cuidados, identificar os contributos para o desenvolvimento das competências relacionais de ajuda e as estratégias de gestão utilizadas pela enfermeira chefe, conducentes ao desenvolvimento de competências relacionais de ajuda dos enfermeiros.

Para ilustrar de forma mais clara a análise dos dados, faremos a sua apresentação através de quadros, onde incluiremos as categorias, subcategorias e os principais indicadores que emergiram; seguidamente faremos a discussão dos dados através do estabelecimento de comparações entre os resultados obtidos no estudo e outros trabalhos de investigação, procurando interpretar as diferenças ou semelhanças encontradas.

##### 4.3.2.1 – Caracterização dos participantes

A média de idades dos 11 enfermeiros entrevistados foi, respectivamente, de 39,2 anos, sendo a maioria pertencente ao sexo feminino (72,73%), com um tempo de experiência profissional compreendido entre os 12 e 26 anos, sendo o tempo no actual serviço compreendido entre os 7 e 22 anos. Como se pode verificar, na Tabela 58, o grupo dos participantes são na sua maioria enfermeiros graduados (81,82%).

O grupo dos participantes tem idades compreendidas entre os 33 e os 50 anos, o que nos parece relevante para este estudo, dado que, alguns autores, nomeadamente Sprinthall e Collins (1994), defendem que à medida que o sujeito vai evoluindo na idade, maior é a sua experiência de vida detendo mais facilidade para compreender a realidade do outro.

Tabela 58 – Distribuição dos entrevistados segundo a categoria profissional, sexo, idade, anos de profissão e tempo no actual serviço

<b>Variáveis sociodemográficas e profissionais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Categoria profissional</b>			
Enfermeiro Graduado	9	81,82	
Enfermeiro Especialista	1	9,09	
Enfermeiro Chefe	1	9,09	
<b>Sexo</b>			
Masculino	3	27,27	
Feminino	8	72,73	
	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Média</b>
Idade (em anos)	33	50	39,2
Anos de profissão	9	26	15,90
Anos no actual serviço	7	22	12,45

O facto dos anos de exercício profissional no actual serviço estar compreendido entre os 7 e os 22 anos, também nos parece importante, dado que, segundo Benner (2005), como trabalham há mais de seis anos no mesmo domínio são considerados peritos, sendo, portanto, informantes com uma informação mais relevante. Também os resultados obtidos na primeira fase do estudo (capítulo 3) indiciam que a antiguidade profissional, a experiência no mesmo local de trabalho e a categoria profissional podem contribuir para a percepção de um maior nível de competências relacionais de ajuda, indiciando que a experiência acumulada e a formação especializada poderão traduzir-se num maior desenvolvimento destas competências. Estes resultados estão em consonância com os obtidos por Ferreira (2004) e Simões (2008) nos quais também foram os enfermeiros com maior categoria profissional a apresentar um maior nível de competências relacionais de ajuda, parecendo-nos importante incluir estes enfermeiros como participantes neste estudo de caso.

As principais unidades temáticas que emergiram da análise de conteúdo dos discursos apresentados foram: “Ser enfermeiro” “Importância das competências relacionais”, “Contributos para o desenvolvimento das competências relacionais de ajuda” e “Estratégias de gestão promotoras do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda”.

4.3.2.2 – Conceção de “Ser enfermeiro”

Na primeira unidade temática “Ser enfermeiro” incluímos as expressões identificadas no sentido de ilustrar o complexo conceito do que é ser enfermeiro de excelência, para nos ajudar a perceber como é que estes enfermeiros entendem a enfermagem e a perspectivam.

Da análise dos discursos sobre as razões da opção pelo curso de enfermagem e o que é ser um enfermeiro de excelência, emergiram diferentes concepções de enfermagem, umas construídas socialmente, outras através da formação e outras nos vários contextos onde foram desenvolvendo a sua actividade profissional.

Como podemos verificar no Quadro 4, para os nossos participantes, ser um enfermeiro de excelência é cuidar estabelecendo uma relação de ajuda e de confiança, prestar cuidados holísticos, ter como foco de atenção o ser humano, comunicar utilizando o humor terapêutico e promover o auto cuidado; exercer uma profissão autónoma com conhecimentos técnicos e científicos.

Quadro 4 – Dados relativos ao conceito de “Ser enfermeiro”

Categoria	Subcategoria	Participante/Indicador
Cuidar	• Relação de ajuda	E9, E2, E10, E11, E7, E6, E5, E4
	• Relação de confiança	E11
	• Cuidados holísticos	E4, E9
	• Foco de atenção no ser humano	E4, E8, E5
	• Humor terapêutico	E11
	• Privacidade	E9, E7, E3
	• Promoção do auto cuidado	E3
Profissão	• Autónoma	E9, E2, E4, E11
Conhecimentos	• Técnico Científicos	E9, E2, E4, E11

**Cuidar**

Verificámos que a ideia que mais se salientou dos discursos dos participantes foi a da enfermagem ser centrada no cuidar, o que está em consonância com Bastos (2009) ao considerar o cuidar como o cerne da enfermagem e aquilo que caracteriza a disciplina exigindo o desenvolvimento do saber próprio.

Constatámos que na concepção de ser um enfermeiro de excelência os participantes dão ênfase à *postura, à maneira como abordam os doentes e família, todo este interesse, a pontualidade E9*. Outro participante acrescenta que *ser enfermeiro é dar-mo-nos aos outros,*

*ajudando quem não está muito bem* E2. Estes discursos enfatizam o facto de ser uma profissão que permite estabelecer relações humanas, o que está de acordo com o estudo realizado por Vieira (1998).

Estes enfermeiros são confrontados com doentes que sofrem física e psicologicamente necessitando de um grande apoio emocional (Melo, 2008b). Este facto leva ao reconhecimento da **relação de ajuda** como sendo fundamental na prestação dos cuidados como se pode verificar no extracto seguinte: *o estabelecimento da relação de ajuda é fundamental na prestação dos cuidados aos doentes e especialmente a este tipo de doentes que estão mais fragilizados*” E10.

Verificámos que os enfermeiros participantes neste estudo evidenciam a relação de ajuda como uma característica do enfermeiro quando presta cuidados de excelência, o que está de acordo com o estipulado no REPE (Decreto-lei nº 161/96, artigo 5º, ponto 2) ao referenciar que os cuidados de enfermagem se caracterizam por “estabelecerem uma relação de ajuda com o utente”. Esta característica de um enfermeiro de excelência, também foi evidenciada na expressão resultante da análise dos dados: *ajudando em primeiro de tudo, como profissional de enfermagem estabelecendo uma relação de ajuda* E11.

Para se estabelecer a relação de ajuda é fundamental que o enfermeiro e o doente se conheçam e que o enfermeiro demonstre disponibilidade para essa relação, como é ilustrado neste depoimento: *é importante o doente sentir que conhece aquele enfermeiro e sabe a disponibilidade daquele enfermeiro para o ajudar. E ajudar não é no sentido de tirar uma dor, dar um comprimido para a dor, fazer o penso ou ajudar a tomar banho, é no sentido de conversar com o doente* E11. Mas na comunicação que se estabelece é fundamental não ter pressa em dar respostas, mas antes tentar compreender escutando activamente e respeitando o silêncio (Melo, 2008a).

A este propósito, Nunes (2002) refere que estar empenhado na missão de cuidar integralmente o outro e de o ajudar a cuidar-se está directamente relacionado com a acessibilidade e a disponibilidade do enfermeiro. A disponibilidade afectiva permite ao enfermeiro que ajuda focalizar a sua atenção nas necessidades da pessoa que está a ajudar (Simões, 2008).

Diversos autores enfatizaram a importância da relação de ajuda na prestação dos cuidados de enfermagem, sendo exemplo Hesbeen (2000, p. 67) que se referiu aos cuidados de enfermagem como uma “atenção particular prestada por uma enfermeira a uma pessoa e

aos seus familiares - ou a um grupo de pessoas - com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem”. Uma destas qualidades centra-se principalmente na compreensão da pessoa que necessita de ajuda, sendo enfatizada por um participante como *compreender o outro, acima de tudo, ser empático. Para mim isso essencialmente é ser enfermeiro, não é só a parte prática, mas principalmente a parte humana. Para mim é uma das vertentes essenciais* E7. Neste discurso foi evidenciado o papel crucial da capacidade de ser empático para o estabelecimento da relação de ajuda, porque é através dela que o doente perceberá se está a ser verdadeiramente compreendido pelo profissional de enfermagem (Queiroz, 2004), como é, também, demonstrado neste discurso: *se não tivermos empatia com os próprios doentes, não se consegue trabalhar, não se consegue dar aquele apoio. Nós aqui conseguimos perceber muito bem quando é que os doentes estão menos bem. Às vezes chegamos ‘ai este senhor não está tão bem como estava’, conseguimos saber que há ali qualquer coisa que está menos bem naquele dia* E2.

Estes dados são convergentes com a opinião de alguns autores ao referirem que a empatia é uma habilidade que permite responder à questão: como é que me sentiria ou reagiria se eu estivesse no lugar do outro? (Carkhuff, 1988; Lazure, 1994). A importância desta habilidade nos enfermeiros é reconhecida por este participante ao referir que *às vezes estamos exacerbados com trabalho mas pensamos que se fossemos nós que estivéssemos do outro lado ou se fosse um familiar nosso também não gostávamos que estivesse à espera* E2.

Para o estabelecimento da relação de ajuda Watson (2002) considera que o toque e o silêncio são poderosas formas de comunicar. Verificámos através da observação participante que neste serviço os enfermeiros enfatizam o toque e o silêncio como habilidades de comunicação muito importantes e que se manifestou neste depoimento: *o toque e o silêncio são muito, muito importantes (...). Principalmente as senhoras com cancro da mama, que fazem mastectomia e às vezes não há nada para dizer. Muitas delas são jovens. E o abraço é importante* E6. Estes dados são convergentes com a opinião de Silva (2006, p. 94), ao referenciar que “é bom haver toque no ambiente hospitalar quando o paciente está com a auto-estima e a auto-imagem diminuídas” o que nos parece ter sido, também, evidenciado neste discurso.

No cuidar foi identificado, como uma característica importante na prestação dos cuidados, o estabelecimento de uma **relação de confiança** revelado neste discurso: *para mim a*

*minha maneira de ver o enfermeiro e o que eu quero é ser um amigo para os doentes, que eles possam confiar em mim, saber que têm ali uma pessoa que eles conhecem e com quem podem falar* E11. O que está de acordo com a opinião de Jesus (2006) ao referir que o estabelecimento de uma relação de confiança, a intimidade e a responsabilidade, são consideradas essenciais numa relação profissional.

Na categoria cuidar, dos discursos dos enfermeiros emergiu a subcategoria **prestar cuidados holísticos ao doente e família**. Segundo Ribeiro (1995) a holística tem subjacente o modelo de cuidar que valoriza a relação interpessoal, o respeito pelos valores, a cultura do utente e a promoção do auto cuidado. Assim, um modelo holístico de cuidar exige que o cliente seja encarado como um todo. Esta concepção de cuidar é partilhada por um dos participantes ao referir que *ser enfermeiro é ser um cuidador na sua concepção holística. Não podemos olhar para as pessoas só pelo problema X, temos que ter capacidade de analisar até que ponto há interferências em tudo isto, relacionando a vida dessa pessoa, as vivências que tem, o processo de doença e como vive a doença. Acho que um bom enfermeiro tem de ter esta visão global* E4. A este propósito Melo (2008a, p. 87) refere que “o enfermeiro deve-se adaptar à singularidade do ser humano, compreendendo-o em toda a sua trajectória de vida e planeando a assistência de acordo com as suas necessidades individuais, para poder dar uma resposta integral às suas inquietações e medos”. Este aspecto é reforçado por Amendoeira (2006, p. 23) ao afirmar que “não há cuidados de enfermagem sem relação com a pessoa ou com a família” o que é evidenciado, também, por este participante ao referir que *a família às vezes também precisa e nós temos abertura para ajudar (...). Há aqui jovens que às vezes a família precisa mais do que o próprio doente que está aqui* E5. O enfoque na família foi, de facto, um aspecto bem visível neste serviço e que é reforçado e encorajado pela enfermeira chefe, desde o envolvimento da família no acolhimento, assim como na prestação dos cuidados e no planeamento da alta.

Verificámos que nos discursos dos enfermeiros foi evidenciado que, no cuidar, o nosso **foco de atenção deve estar no ser humano**, com a sua individualidade, como foi evidenciado através deste discurso: *não estamos a lidar com números, estamos a lidar com pessoas, com sentimentos, com vivências diferentes, com idades diferentes, com géneros diferentes e portanto é muito importante que consigamos chegar às pessoas de uma forma efectiva porque só assim as podemos ajudar* E4, dado que *nós basicamente tratamos é de pessoas* E8. O que vem ao encontro do que está definido no REPE (Decreto-lei nº 161/96,

artigo 4º, ponto 1) “a Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, saudável ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado”.

Como estes doentes têm características muito particulares, a utilização do **humor terapêutico** pode ser uma intervenção central em enfermagem sendo considerado por José (2002, 2006), como uma intervenção autónoma dos enfermeiros e uma habilidade vital da comunicação tendo um papel relevante na saúde das pessoas ao promover o bem-estar, ajudando as pessoas a lidarem com situações difíceis e desagradáveis influenciando positivamente a capacidade de ter/manter esperança.

De facto constatámos, neste serviço, que alguns enfermeiros utilizam o humor terapêutico e que é interpretado pelos doentes como um factor de confiança como é referido por este enfermeiro *se a gente se mostrar disponível, for comunicativo no sentido de ser engraçado, os doentes sentem que há ali uma pessoa de confiança* E11.

A este propósito, alguns autores referem que a utilização do humor tem impacto no bem-estar das pessoas (Houston *et al.*, 1998; Yarcheski *et al.*, 2002; José, 2002, 2006), produz sentimentos positivos (Boyd e McGuire, 1996), ajuda a lidar com situações difíceis e desagradáveis, funcionando como um importante mecanismo de *coping*, aproxima as pessoas favorecendo a relação enfermeiro-doente (Johnson, 2002; José, 2006), permite ao doente partilhar os seus sentimentos e emoções, promove o relaxamento e reduz o *stress* (White e Howse, 1993; José, 2006). Estes aspectos são bem evidenciados, neste discurso *uma graçolazinha e brincando acabamos por relaxar o doente e se calhar uma coisa que demoraria mais tempo e que custaria mais, porque é uma experiência dolorosa que o doente já teve quando lhe fizeram o penso, e se brincarmos com o doente acaba por ser uma coisa que passa sem ele dar conta e tudo isso é melhor* E11.

Mas para a utilização desta habilidade de comunicação, o enfermeiro precisa de conhecer o doente e a sua situação (Astedt-Kurki e Liukkonen, 1994), devendo para isso ter estabelecido uma relação terapêutica o que é patente no extrato seguinte: *às vezes são doentes que fazem vários internamentos, e que acabamos por nos conhecer, há sempre pequenas lembranças de outros internamentos, coisas engraçadas que às vezes acontecem, brincadeiras, histórias que os doentes às vezes nos contam que acabamos por utilizar* E11.

Apesar do sentido de humor estar relacionado com a personalidade (Thornton, White, 1999), como é ilustrado neste discurso *faz parte da minha personalidade dizer as minhas*

*graçolas* E11, é preciso cultivá-lo para que o humor possa ser usado. O humor terapêutico desenvolve-se através da observação e da prática. A sua utilização é um comportamento próprio de um enfermeiro perito (Greenberg, 2003), dado que só à medida que os profissionais vão “amadurecendo” na profissão, vão sendo capazes de se libertar da tensão do cumprimento das actividades a realizar e vão adquirindo a capacidade de se ligar a novas dimensões dos cuidados (Benner, 2005). Este aspecto parece ser evidenciado por este participante ao ferir que *a gente faz o nosso trabalho mas se podermos fazer de uma forma mais dinâmica, não tão centrados naquilo que estamos a fazer traz-nos mais satisfação* E11.

Parece haver uma forte associação entre satisfação e humor, relativamente à satisfação com a vida (Celso *et al.*, 2003), no que respeita à satisfação profissional dos enfermeiros (Wanzer *et al.*, 2005), o que se reflecte neste discurso: *tenho tido várias experiências em que os doentes me dizem ‘já perguntei por si, a falta que você cá faz’ Isto enche-nos o ego mas, ao mesmo tempo, diz-nos ‘ainda bem que sou assim’* E11.

Contudo, temos que ter em conta que quando os doentes vivem situações muito angustiantes, podem não apreciar o seu uso (Celso *et al.*, 2003). Neste caso, a sensibilidade e a compreensão têm que ser considerados, quando se pretende desenvolver uma intervenção humorosa (Mallett e Hern, 1996) a empatia (Olsson *et al.*, 2002) e o treino (Minden, 2002) surgem, como condições indispensáveis.

Durante o período de observação tivemos oportunidade de verificar que na prestação dos cuidados a **privacidade** é muito valorizada e respeitada, tanto pelos enfermeiros, como pela dirigente, conforme foi evidenciado no seu discurso: *foi criado este espaço para o acolhimento aos doentes e família. (...) os enfermeiros encontram um local privado em que podem acolher o doente e família. (...) quando se tem que falar sobre determinados aspectos com o doente que se tem que ter mais algum cuidado, viemos para aqui (...). Eu valorizo este aspecto* E9.

Verificámos uma grande preocupação na preservação da privacidade do doente através da criação de um espaço próprio para ser realizada a colheita da informação respeitando um dos princípios éticos que norteiam as relações humanas e o agir na área da saúde (Massarollo, Saccardo e Zaboli, 2006). Este aspecto foi, também, ilustrado neste depoimento: *mas o facto de termos este espaço é de louvar. (...) foi um sítio mais acolhedor, um local pequenino, onde (...) podemos conversar à vontade, isolados de tudo e*

*de todos, só nós, o doente e a família, ou um amigo, (...), respeitando a privacidade do doente e o sigilo E7.*

Na execução dos procedimentos, também, se verificou haver preocupação em proteger a invasão da privacidade através da utilização dos biombos, de forma a não expor demasiado o corpo do utente ao longo dos cuidados, tal como defendido pela Ordem dos Enfermeiros (2003b) e que é tido em conta neste serviço, como foi possível observar e que se pode, igualmente, constatar através deste discurso: *mesmo nos quartos quando se tem que fazer pensos, quando a sala de pensos está ocupada, normalmente têm em atenção a privacidade do doente. (...), normalmente, correm sempre as cortinas, para estarem em privado com o doente, pelo menos no aspecto visual estão reservados. Os enfermeiros têm essa noção e fazem isso dessa forma” E9.*

Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada é um dever inscrito no artigo 86º do Código Deontológico do Enfermeiro, tendo-se verificado uma grande preocupação da dirigente deste serviço no cumprimento deste desiderato ao referir que *as pessoas sabem que na sala de pensos só deve estar o doente o enfermeiro e o médico e algum estudante, e depois mais ninguém deve andar ali a passar de um lado para o outro (...). Há sempre uma preocupação para que aquele doente esteja ali só, com o enfermeiro e as pessoas procuram sair da sala. Isso é uma preocupação constante dos enfermeiros” E9.* Mas para que o enfermeiro possa cumprir todos estes deveres é essencial que perceba o que é a vida privada para o utente, pois a definição deste conceito depende de pessoa para pessoa. Só depois pode agir segundo os valores atribuídos por cada utente relativamente à sua privacidade e intimidade (Ordem dos Enfermeiros, 2003b).

Outra subcategoria que emergiu do cuidar foi a **promoção do auto cuidado** que foi evidenciada através deste discurso: *estamos cá para ajudar naquilo que a pessoa não consegue e, normalmente, tento fazer isso e tento incutir algum sentido de independência nas pessoas E3.* O auto cuidado é definido como “actividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária” (Conselho Internacional de Enfermagem, 2006, p. 46). Alguns estudos demonstram que a interacção que se estabelece entre ambos, profissional/utente, pode afectar significativamente os comportamentos de auto cuidado (Sousa, Peixoto e Martins, 2008). Por outro lado, o REPE (Decreto-lei nº 161/96, artigo 5º, ponto 4) determina que os

cuidados de enfermagem se devem distinguir de acordo com o grau de dependência do utente tendo como objectivo promover a sua máxima independência.

### **Profissão**

Uma outra categoria que emergiu foi a enfermagem ser uma profissão que é evidenciada neste discurso *vim para enfermagem porque tinha muitas pessoas na família em enfermagem e ouvi falar da profissão de enfermagem* E11.

Efectivamente, só na década de 1990 é que o processo de profissionalização da enfermagem se consolida com a publicação do Decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro que aprova o regime legal da carreira de enfermagem e a regulação da profissão é efectuada desde 1996 através da publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto lei 161/96 de 4 de Setembro) que clarifica os conceitos, intervenções e áreas de actuação, bem como, as regras básicas e os direitos e deveres dos enfermeiros.

Este processo de profissionalização culmina em 1998, com a criação da Ordem dos Enfermeiros que, enquanto entidade reguladora da profissão de enfermagem, definiu os padrões de qualidade e o perfil de competências profissionais e, por conseguinte, assumiu-se como entidade acreditadora (Ordem dos Enfermeiros, 2003a). Este processo constituiu-se como fundamental na construção da identidade profissional.

Na categoria “Profissão” emergiu a subcategoria **autónoma**, que vem na sequência do acima descrito e vem demonstrar que os enfermeiros reconhecem que têm uma actividade específica, denominadas actividades independentes e que é patente neste extrato *procurar fazer em cada dia o melhor e dar o possível dentro das 8 horas de trabalho, desde conhecer as normas de tudo o que é inerente ao serviço onde está e procurar ter o máximo de autonomia em termos de enfermagem* E9. Os participantes deste estudo manifestaram já não estarem apenas dependentes do cumprimento de prescrições sendo de salientar o discurso de que o enfermeiro deve ser visto como *mais do que a ‘criadita’ do médico* E2. De facto, face ao estipulado no REPE (Decreto-lei nº 161/96, artigo 4º, ponto 4), o enfermeiro, no âmbito das suas qualificações profissionais, realiza no exercício da actividade profissional, intervenções autónomas ou interdependentes como é evidenciado por este participante *nós somos uma equipa e devemos considerar o trabalho, um trabalho de interdependência e eu não gosto, por exemplo, de ouvir dizer ‘o medico é que sabe’.* *Nós também sabemos* E4.

Muito embora estejam bem definidas as intervenções dos enfermeiros, por vezes, as intervenções autónomas são desvalorizadas porque de acordo com este depoimento *fazemos muito o que os outros nos mandam fazer e aquilo que é nosso que podemos prescrever, as pessoas descuram um pouquinho e não se agarram a isso e deixaram que algumas coisas se diluíssem para outras pessoas* E9.

### **Conhecimentos**

Finalmente, na categoria “Conhecimentos” emergiu a subcategoria **técnico-científicos** que foi revelada através deste discurso *um enfermeiro de excelência tem que ter conhecimentos técnico-científicos como é lógico; temos um curso superior e estamos dotados para tal* E9. Neste discurso foi enfatizado que, para o desempenho da sua função como profissional de enfermagem, são importantes os conhecimentos que fundamentam a prática de um enfermeiro excelente.

No REPE (Decreto-lei nº 161/96, artigo 4º, ponto 2) está definido que o “Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem (...)”. Também Silva *et al.* (2003, p. 8), afirmam que a “enfermagem como ciência em desenvolvimento, necessita identificar seus conhecimentos e técnicas científicas próprias” afirmando, ainda, que o conhecimento científico fundamenta a prática, sendo indicador do desenvolvimento da profissão, constituindo um marco importante na evolução da prática profissional. Porém, ao longo do seu percurso profissional, o enfermeiro deve ter a preocupação na actualização dos conhecimentos, o que é demonstrado neste discurso *além da enfermagem ser a tal ciência, aquilo que nos ensinam na escola, o importante é querermos sempre saber mais, aprender mais e desenvolver mais competências* E2.

Em síntese, apresentamos os resultados relativos à concepção sobre o que é ser enfermeiro ilustrado pelos dados obtidos através das entrevistas e pela observação participante.

Verificámos, pela expressividade nas nossas fontes de dados, que os enfermeiros enfatizaram como concepção do que é ser enfermeiro de excelência o cuidar e o estabelecimento da relação de ajuda. Consideramos a importância de outras subcategorias onde se vislumbram alguns dos pressupostos que orientam o cuidar em enfermagem como a privacidade, o estabelecer uma relação de confiança, a preocupação com o envolvimento da família e o humor terapêutico como forma de suavizar o sofrimento destes doentes.

4.3.2.3 – Importância atribuída às competências relacionais na prestação dos cuidados

Através dos dados colhidos pretendemos perceber qual é a importância que os enfermeiros atribuem às competências relacionais de ajuda na prestação dos cuidados. Verificámos que para estes enfermeiros as competências relacionais têm impacto na qualidade e na visibilidade dos cuidados. Na categoria ‘qualidade dos cuidados’ foi dada ênfase à adesão ao regime terapêutico, ao bem-estar físico e psicológico e à satisfação do doente, e na categoria ‘visibilidade dos cuidados’ foi enfatizada a visibilidade obtida através da prestação dos cuidados e dos registos.

Quadro 5 – Dados relativos à importância atribuída às competências relacionais

Categoria	Subcategoria	Participante/Indicador
Qualidade dos cuidados	• Adesão ao regime terapêutico;	E10
	• Bem-estar físico e psicológico;	E11, E8
	• Satisfação do doente;	E8
Visibilidade dos cuidados	• Na prestação;	E8, E9
	• Nos registos.	E9

**Qualidade dos cuidados**

Para estes enfermeiros as competências relacionais de ajuda são consideradas fundamentais para a prestação dos cuidados de enfermagem com qualidade, tendo sido demonstrado através deste discurso: *são como que um marco para a prestação dos cuidados de qualidade* E10, dado que, quando na prestação dos cuidados é enfatizada esta componente relacional, leva a um maior envolvimento dos doentes levando à **adesão ao regime terapêutico** como foi revelado neste discurso *porque é a partir das competências relacionais que leva o doente a colaborar, a envolver-se mais* E10. Alguns estudos revelam que cuidados mais personalizados resultam em melhor comunicação e maior envolvimento do utente no processo terapêutico e, conseqüentemente, numa melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Melo, 2005a; Ribeiro 2008; Ferreira, 2010).

Estes aspectos são bem evidenciados no Relatório Primavera ao ser referido que “na relação entre profissionais e utentes, não subsistem dúvidas que, só com base na escuta activa, no envolvimento do indivíduo e sua família, no estímulo à participação na definição de um plano de intervenção especificamente orientado para as suas condições de saúde, é possível operacionalizar efectivamente os princípios subjacentes ao consentimento informado, potenciar a adesão consciente e activa ao que é proposto,

reduzir o erro na prestação de cuidados e melhorar a qualidade desses cuidados” (OPSS, 2011, p. 5).

A adesão ao regime terapêutico é um foco da prática de enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2001) que é influenciado por vários factores que requerem um acompanhamento cuidadoso, com intervenções específicas, adequando a melhor estratégia de cuidar para cada pessoa, individualmente, dado que uma interacção centrada no indivíduo que tenta promover uma relação positiva, demonstrando interesse e consideração, parece aumentar a adesão (Sousa, Peixoto e Martins, 2008). Isto mesmo é ilustrado por um participante *desde logo, o acolhimento, se for realizado tendo em conta as competências relacionais facilita o doente no processo de aceitação da doença* E10.

Verificámos neste serviço uma preocupação constante na procura permanente da excelência no exercício profissional maximizando o **bem-estar físico e psíquico** dos doentes (Ordem dos enfermeiros, 2001). Esta preocupação com a qualidade dos cuidados prestados no sentido de proporcionarem o bem-estar físico e psíquico ao doente e familiares é evidenciado nos pequenos pormenores como a forma como são acolhidos no serviço, a disponibilidade demonstrada para o esclarecimento das dúvidas aos doentes e familiares, conforme foi ilustrado através deste discurso: *são pequenas coisas que a gente pode fazer no sentido de contribuir para o bem-estar do doente, não só bem-estar físico, mas também bem-estar psicológico. São aquelas pequenas coisas que às vezes são subtis e que nos passam despercebidas e que não custam nada a fazer* E11.

Uma das principais preocupações dos enfermeiros na prestação dos cuidados de enfermagem centra-se na ajuda para que as pessoas mantenham, melhorem ou recuperem a sua saúde, de forma a atingirem o seu máximo bem-estar físico e psíquico (Nogueira, 1990). Isto mesmo é revelado neste depoimento *nota-se que ao prestarmos esse cuidado, que também eles se sentem melhor. Não se sentem aqui sozinhos, digamos, sentem que têm a ajuda de alguém e que estamos cá para os ajudar* E8.

Estes enfermeiros evidenciam as competências relacionais na prestação dos cuidados como promotoras da **satisfação do doente** e também do profissional ao referirem que *quando cuidamos tendo em atenção aos aspectos relacionais os doentes ficam mais satisfeitos e falam disso (...). É bom ouvir um doente dizer que correu tudo bem e que gostou muito da forma como os enfermeiros o trataram* E8. O que está de acordo com os resultados obtidos por Melo (2001), ao concluir que quanto melhores forem as relações interpessoais dos profissionais de saúde com o utente, maior será o nível da sua satisfação. Para esta autora,

outro factor que parece ter, também, uma grande influência na satisfação do doente com os cuidados recebidos é a forma como é realizada a admissão do doente no serviço, uma vez que, quanto melhor for a admissão, melhor será o nível de satisfação dos utentes. A satisfação do cliente é um dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos enfermeiros, 2001)

Neste serviço verifica-se uma grande preocupação com o envolvimento “dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados” (Ordem dos enfermeiros, 2001, p. 12), começando logo no momento do acolhimento em que são envolvidos os familiares e amigos, assim como no planeamento da alta.

Donabedian (1980) considera que a satisfação dos utentes pode constituir um importante factor na avaliação da qualidade dos cuidados, quer na área interpessoal (atendimento, comunicação com os profissionais de saúde), quer no âmbito das comodidades onde os cuidados são prestados (conforto, privacidade, higiene e alimentação), assim como no que toca às consequências psicológicas e sociais que os cuidados produzem no utente.

Mas, na verdade, a investigação demonstra que a satisfação dos utentes face aos cuidados prestados resulta principalmente da dimensão interpessoal desses cuidados, nomeadamente se “os doentes percebem que o técnico de saúde se preocupa com ele e parece compreendê-los, ficam mais satisfeitos e avaliam os cuidados como mais positivos” (Melo, 2005a, p. 41). Para esta autora a qualidade das “capacidades interpessoais” dos prestadores de cuidados e a “comunicação eficaz” produzem melhores resultados no estado de saúde do utente do que a quantidade de orientações que lhe são fornecidas.

### **Visibilidade dos cuidados**

Para estes enfermeiros as competências relacionais de ajuda são, também, consideradas fundamentais para darem **visibilidade aos cuidados** de enfermagem, visto que, a representação social de cada profissão depende das “atitudes, comportamentos e respostas que os seus elementos transmitem para a sociedade” (Nunes *et al.*, 2005, p. 39), por outro lado, se cabe à Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, artigo 3º, ponto 2, alínea a) “zelar pela função social, dignidade e prestígio da profissão de cada enfermeiro”, então, também, cabe a cada enfermeiro dar o seu contributo **na prestação** através do estabelecimento de uma relação interpessoal adequada que dignifique a profissão, dado que, “os doentes dão-nos valor por aquilo que fazemos” (Buresh e Gordon,

2004). Isto mesmo é ilustrado pela asserção encontrada na análise dos dados *a componente relacional (...) é a que traz mais visibilidade para nós* E8.

A este respeito Taylor (*in* Abreu, 2001, p. 32) “sublinha que a enfermagem se encontra num processo de mudança radical, o que faz emergir a necessidade de dar visibilidade a uma nova enfermagem” o que sobressai neste discurso: *os enfermeiros ainda não dão valor ao que é deles e fazem muito aquilo que é dos outros. Enquanto não dermos este salto e transpusermos esta barreira acho que não conseguimos ser visíveis aos olhos dos outros (...) eu falo um bocadinho com eles para darem mais valor àquilo que nós fazemos e não devemos deixar fugir para outras profissões* E9. Verificámos que a dirigente demonstra preocupação com as intervenções autónomas da enfermagem, nomeadamente, com os aspectos relacionados com o cuidar, no sentido de aumentar a visibilidade dos cuidados de enfermagem. A este propósito, Watson (2002, p. 46) refere que “há uma falta de consciência pública acerca da enfermagem e dos seus diversos talentos e contribuições” e que a “mudança virá quando a enfermagem e os enfermeiros estiverem directamente alinhados com o povo que eles servem”.

Neste sentido, para haver visibilidade nos cuidados é imprescindível haver um sistema de informação e de documentação que permita dar a conhecer os actos de enfermagem que são praticados (Ordem dos enfermeiros, 2007). Esta preocupação é evidenciada neste discurso *o caminho é todo nosso, e isso às vezes não é documentado, as pessoas fazem-no (...) mas, no entanto, nos registos essa visibilidade não está lá, e há outras coisas que estão lá e que não deviam lá estar* E9.

Reconhecendo a importância dos **registos** de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros associou-se ao Conselho Internacional de Enfermeiros, no desenvolvimento e aperfeiçoamento da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Esta classificação surgiu do “reconhecimento da necessidade de descrever os fenómenos dos clientes que preocupam os enfermeiros, as intervenções específicas de enfermagem e os respectivos resultados para os clientes” (Conselho Internacional de Enfermagem, 2005, p. 7). Verificámos que esta é uma preocupação da dirigente deste serviço, dado que, foi o serviço pioneiro nesta instituição a iniciar o processo de formação nesta área, dado reconhecer o enorme potencial de desenvolvimento tanto das práticas de enfermagem como dos próprios enfermeiros. Este processo, também, foi considerado por Paiva (2006, p.306) “como bastante adequado a uma abordagem da melhoria contínua da qualidade dos

cuidados baseada na reflexão sobre a acção e no desenvolvimento pessoal” dos enfermeiros.

Em síntese, podemos dizer que para estes enfermeiros as competências relacionais de ajuda são consideradas fundamentais para a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem dado proporcionarem o bem-estar físico e psicológico e a satisfação dos doentes. Foi, também, evidenciado que as competências relacionais de ajuda são consideradas importantes para darem visibilidade aos cuidados de enfermagem através da prática das intervenções autónomas e na elaboração de registos que contemplem esta componente, tendo em conta que a representação social da profissão constrói-se e depende da forma como nos relacionamos com o doente, família e sociedade em geral.

#### 4.3.2.4 – Contributos para o desenvolvimento das competências relacionais dos enfermeiros

Os enfermeiros consideram como contributos para o desenvolvimento das competências relacionais as características pessoais do indivíduo, a aprendizagem, a experiência profissional, o contexto e a segurança em relação ao futuro profissional.

Nas características pessoais do indivíduo foi dada ênfase à personalidade, motivação, disponibilidade e responsabilidade, maturidade e auto-estima. Na aprendizagem, emergiu o facto de esta ser contínua ao longo da vida, sendo, também, enfatizada a formação na área relacional que é realizada na Escola. Na experiência profissional foi enfatizado o tempo, tipo de serviço e perfil do doente. Quanto ao contexto, foi evidenciado o perfil dos doentes e o facto da cultura organizacional ser centrada no doente. A segurança em relação ao futuro profissional, obtida através de um contrato de trabalho estável, foi, também, referida como sendo facilitadora do desenvolvimento de competências relacionais, conforme dados apresentados no Quadro 6.

**Quadro 6 – Dados relativos aos contributos para o desenvolvimento das competências relacionais**

Categoria	Subcategoria	Participante/Indicador
Características pessoais do indivíduo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalidade</li> <li>• Envolvimento e Motivação</li> <li>• Disponibilidade/responsabilidade</li> <li>• Maturidade</li> <li>• Auto-estima</li> </ul>	E4, E11 E10, E5, E4 E11 E4 E1, E11
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultura organizacional</li> <li>• “Perfil” do doente</li> </ul>	E2, E4, E6, E9, E8, E5 E11,E1,E8,E10,E4,E7, E3
Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contínua</li> <li>• Contexto académico</li> </ul>	E9 E8, E9
Experiência profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo</li> <li>• Local de trabalho</li> </ul>	E4 E9, E6, E7, E4, E5
Segurança profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrato de trabalho</li> </ul>	E9, E4

**Características pessoais do indivíduo**

Do discurso dos nossos participantes foi evidenciado que para o desenvolvimento das competências relacionais contribuem as características pessoais do indivíduo conforme parece evidenciar este discurso: *o desenvolvimento das competências relacionais tem a ver com os aspectos pessoais* E3. Este discurso é corroborado por Basto (1998) ao referir que os factores que interferem na mudança dos comportamentos profissionais dos enfermeiros se relacionam com as características da pessoa.

Nas características pessoais do indivíduo emergiu a **personalidade** que foi reconhecida como sendo um factor primordial para o desenvolvimento das competências relacionais dos enfermeiros conforme ilustrado no extracto seguinte: *o factor primordial é mesmo a componente pessoal, as características de personalidade E4*, outro enfermeiro acrescenta referindo que *contribuiu a minha maneira de ser, a minha maneira de estar* E11.

**O envolvimento e a motivação** foram outras características pessoais que emergiram dos discursos como contributo para o desenvolvimento das competências relacionais e que foi evidenciada através deste depoimento *a minha motivação, o meu interesse crescente em procurar e aprofundar conhecimentos na área da relação de ajuda e das competências relacionais* E10. A este propósito, Bronfenbrenner (1996) considera que as características individuais do indivíduo, nomeadamente, as motivações são factores que podem influenciar

ou moldar o curso do desenvolvimento humano o que, também, foi evidenciado neste discurso *factores que podem ter a ver com a própria pessoa que já está mais vocacionada para gostar desta área. É preciso mesmo gostar* E5. Neste contexto, Gil (1994) refere que a motivação e o envolvimento no que se faz, são factores que podem contribuir para o bom desempenho dos enfermeiros.

No entanto, o nível de motivação pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo que, nem todos os indivíduos conseguem chegar ao nível das necessidades de auto-realização, (Chiavenato, 2009). O que é ilustrado neste depoimento *toda a gente se pode desenvolver, mas também tem que estar desperta para isso e ter apetência para este tipo de competências, porque senão não chega lá (...) as pessoas aprendem quando querem aprender* E4. Assim, na enfermagem, devido às características da própria função que envolve seres humanos, será importante criar estratégias no sentido de promover a segurança e a motivação, condição necessária para o desenvolvimento pessoal e profissional (Mezomo, 2001).

**A disponibilidade e responsabilidade** do enfermeiro para o desenvolvimento destas competências, também, foi evidenciada, conforme demonstra este depoimento: *sempre lhe mostrei disponibilidade e disse ‘se alguma vez eu estiver a fazer alguma coisa mal, chame-me à parte’ (...) estamos aqui para dar o nosso melhor e somos responsáveis pelos nossos actos* E11, isto porque, o enfermeiro não deve ser mais o profissional que age sob a responsabilidade dos outros por isso “cabe ao enfermeiro garantir que os seus actos visem sempre o interesse do doente, no respeito pela deontologia e no quadro legal em vigor” (Nunes *et al.*, 2005, p. 146).

Como contributo para o desenvolvimento das competências relacionais nos enfermeiros foi dada ênfase à **maturidade** como revela este depoimento *alguns elementos novos são assim um bocadinho mais intolerantes (...), o verde dos anos faz muita diferença. Às vezes sinto-os pouco maduros nas observações que fazem, na falta de tolerância em relação a certas situações* E4. Estes dados são convergentes com a opinião de Vaz Serra (1988), ao considerar a idade como um factor importante na maturação do indivíduo, o que, também, é evidenciado neste discurso *as pessoas mais novas não têm a devida maturidade* E4.

A este propósito Pires (2005) considera que na construção das competências a maturidade tem muita influência, o que está de acordo com o estudo realizado por Melo (2005b), ao encontrar uma relação positiva entre o desenvolvimento das competências empáticas e de comunicação, com a maturidade psicológica.

Outro aspecto valorizado pelos enfermeiros para o desenvolvimento das competências relacionais foi a **auto-estima**, e que emergiu deste discurso *o facto de trabalhar aqui, e de ter sempre um feedback positivo, tanto da parte dos doentes (...) ajuda a ficar com a auto-estima mais em cima e ajuda-nos a fazer cada vez mais e melhor* E1. Estes dados são convergentes com a opinião de Mezomo (2001, p. 191-192), ao referir que a auto-estima “determina o relacionamento entre as pessoas”. Para este autor, a auto-estima é fundamental para o desempenho pessoal, para isso ela deve ser estimulada e desenvolvida através do “reconhecimento vindo de fora ou da própria pessoa”, pelo que, se devem aproveitar todas as oportunidades para reforçá-lo, quer individualmente, quer no grupo, o que de facto parece acontecer neste serviço e que podemos ilustrar através deste discurso: *acho importante o reforço positivo porque é motivador e faz com que façamos cada vez melhor, é um motor para desenvolver e aprofundar essas competências relacionais* E1. O reconhecimento vindo da parte dos doentes, também, parece ser valorizado por este enfermeiro ao referir que *só o facto de nos dar um abraço e ver que o doente está bem, sinto isso com uma vitória. Tudo isso contribui para a gente fazer melhor e vá melhorando* E11.

### **Contexto**

Verificámos que foi dada ênfase ao contexto como sendo promotor do desenvolvimento de competências relacionais, nomeadamente a **cultura organizacional** ser centrada no doente como parece evidenciar o extracto seguinte: *a preocupação com a componente relacional é capaz de ser uma cultura no IPO* E2. De facto verificámos, através da observação, que este hospital tem características muito peculiares na relação que os profissionais estabelecem com os doentes e que foi demonstrado neste discurso: *há muitas pessoas que comentam que o IPO é diferente em relação a outros hospitais (...) e dizem que (...) foi o melhor onde passaram* E4. O reconhecimento das capacidades relacionais dos enfermeiros foi constatado através das expressões verbais que os doentes utilizavam, “vocês aqui são escolhidos a dedo”, e também através dos ‘mimos’ que ofereciam à equipa de enfermagem como gratificação dos bons cuidados recebidos.

Foi, também, evidenciado o facto de este hospital ter como filosofia de cuidar a humanização dos cuidados e que foi evidenciada tanto neste discurso *a filosofia de prestação dos cuidados de enfermagem que nós temos centra-se na humanização dos cuidados* E9, como através da sua actuação perante os doentes e profissionais.

Verificámos que, de facto, o ambiente onde se exerce a actividade profissional pode ter um grande impacto no desenvolvimento das competências relacionais dos enfermeiros conforme revela este depoimento: *acho que o ambiente aqui está todo orientado para essa humanização e leva a que mesmo os elementos que não tenham tido essa orientação para essa vertente acaba por ser “arrastado” e depois com o passar do tempo acabamos por dar importância a esse lado* E8. A este propósito alguns autores defendem que os contextos são um imperativo para o desenvolvimento de competências (Barbier, 1991; Bronfenbrenner, 1996; Serrano, 2008), tendo uma influência preponderante na forma como o indivíduo aprende, promovendo o desenvolvimento de determinadas competências congruentes com as características do meio (Kolb e Kolb, 2008). Assim, as exigências do próprio contexto podem ser facilitadoras do desenvolvimento destas competências como demonstram estes depoimentos: *aqui digamos que é um campo ainda mais exigente e mais rico na área relacional* E4; *o tipo de serviço e as pessoas estarem mais despertas para a componente relacional* E5.

As características dos doentes, os que são clientes deste hospital, também foram consideradas como um factor muito importante no desenvolvimento das competências relacionais, como demonstra este discurso: *contribuiu o facto de trabalhar no IPO e ter mudado um bocado a mentalidade (...) e saber que as pessoas que vêm para cá precisam de um bocado mais de carinho, de atenção de disponibilidade, tudo isso* E11.

O “**perfil**” destes doentes, que se caracteriza por um maior sofrimento dada a conotação que esta doença tem na nossa sociedade foi, igualmente, evidenciado como um factor facilitador do desenvolvimento destas competências conforme descrito por este enfermeiro *acho que o facto de trabalhar com doentes mais fragilizados, porque o cancro ainda está muito associado à morte (...) com doentes com prognóstico muito reservado, sempre fomos tendo (...) mais atenção e esses aspectos* E1. Estes dados são convergentes com a opinião de Dóro *et al.* (2004) ao referirem que os doentes oncológicos são acompanhados pelo fantasma da morte, acarretando-lhes muito sofrimento, levando a que os enfermeiros estejam mais despertos e atentos para esta componente relacional como podemos verificar através deste discurso: *também pelo tipo de doentes, não sei se será por aí, que noto que aqui temos muito cuidado com a componente relacional* E8.

### **Aprendizagem**

Para o desenvolvimento das competências relacionais foi dado ênfase à aprendizagem **contínua** ao longo da vida conforme foi referenciado neste depoimento *acho que a*

*educação é de berço, e as pessoas notam-se por estes pormenores. Nasce com a família e com os ensinamentos que nós vamos vendo quando estamos com os nossos familiares e depois é toda uma aprendizagem, uma construção pessoal ao longo da nossa vida e da nossa experiência* E9. Este depoimento é corroborado por Cresson (1996) ao enfatizar que a capacidade para aprender no contexto de trabalho parece depender das experiências anteriormente desenvolvidas e da formação ao longo da vida.

Como contributo para o desenvolvimento das competências relacionais do enfermeiro foi, também, evidenciado que a formação profissional adquirida em **contexto académico** enfatiza muito a componente relacional, conforme podemos verificar nos dados obtidos: *a escola, também, tem importância e transmite-nos isso, bastante* E8, *acho que, fundamentalmente, (...) é a educação e a escola que também nos dá informação e nos capacita para desenvolvermos estas competências* E9. Apesar de Fernandes (2007), referir que existe uma *décalage* entre o que é ensinado na teoria e o que é observado na prática. Para esta autora esta *décalage* existe porque na teoria é dada ênfase à importância da comunicação e da relação de ajuda nos cuidados de enfermagem, mas depois, não são essas as imagens da prática, mas neste serviço verificámos que não existe esta *décalage* dado que os enfermeiros enfatizam a componente relacional, colocando em prática o que aprenderam na teoria.

### **Experiência profissional**

A experiência profissional promove a confiança e a segurança, condições necessárias ao crescimento pessoal e profissional (Mezomo, 2001). Nesta linha de pensamento, Pires (2005) refere que a construção das competências é progressiva, assumindo a experiência um papel determinante no processo de consolidação dos saberes. Este autor acrescenta que as competências desenvolvem-se com o **tempo** e em situações específicas, o que é evidenciado também neste discurso: *eu acho que, mais do que a experiência no IPO, é a vivência dos anos (...), no adquirir dessas competências, porque ao contrário do que eu costumava ouvir dizer: 'com os anos as pessoas vão-se tornando mais frias, mais insensíveis com uma maior capa', eu não acho, pelo contrário* E4. Verificámos que foi dada importância ao tempo como um factor de influência no desenvolvimento de competências, o que está de acordo com Benner (2005) e com a teoria do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1996).

O **local de trabalho**, onde o enfermeiro exerce actividade profissional pode, também, ser um factor muito importante no desenvolvimento dessas competências como demonstra

este discurso: *eu aprendi muito quando acabei o meu curso e fui para a reanimação. Foi um serviço que eu gostei muito e cresci muito em termos profissionais. Tive uma aprendizagem que se eu não tivesse passado por lá, não a tinha hoje* E9.

Mas foi, ainda enfatizado o facto de ter exercido actividade profissional noutros serviços como um factor importante no desenvolvimento destas competências, como comprova este discurso *progressivamente ao longo da minha carreira, à medida que fui passando pelos vários serviços, eu vim a notar uma evolução em relação ao aspecto relacional, ao aspecto psicológico, ao apoio que se dá ao doente. Noto que é completamente diferente, desde o início da carreira até agora, tem vindo sucessivamente a progredir* E7.

Por outro lado, a experiência profissional em algumas unidades pode, igualmente, dificultar o desenvolvimento dessas competências, se estas não forem colocadas em prática, como acrescenta este enfermeiro *eu estava num serviço de medicina intensiva (nos HUC) em que as pessoas precisavam de muito apoio, mas era um apoio que era dado de forma diferente, não havia uma comunicação verbal como há aqui. (...) não havia esta vertente comunicacional como há neste serviço* E7.

Na verdade, a presença do tubo endotraqueal, na maioria dos doentes de cuidados intensivos, cria grandes dificuldades aos doentes e aos profissionais de saúde para estabelecerem uma comunicação eficaz, dado que nem sempre conseguem interpretar o que o doente quer transmitir (Rosário, 2009) levando a que, muitas vezes, na hora da visita, os profissionais de saúde evitem o contacto com os familiares. Este facto foi enfatizado neste discurso *como passei por aqueles serviços em que este relacionamento com a família não estava presente. Portanto, essa filosofia foi adquirida aqui (...) foi aqui que eu aprendi a dar esse valor, não quer dizer que não estivesse inculcada em mim, mas não colocava em prática já que essa prática era quase inexistente (...) foi aqui que depois consegui dar ênfase a essas situações* E9.

Neste contexto, Santos (2000) ao estudar a relação de ajuda em cuidados de enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), verificou que a principal preocupação dos enfermeiros era responder às necessidades biológicas dos doentes e dominar a tecnologia. Este estudo mostra que o contexto específico da UCIC parece promover o desenvolvimento de competências mais instrumentais.

### **Segurança em relação ao futuro profissional**

Os enfermeiros, em qualquer modelo de gestão, valorizam a ‘segurança em relação ao futuro profissional’, a ponto da perspectiva que têm dessa segurança, e da valorização que lhe atribuem, ter um papel importante como preditor do empenhamento organizacional (Ferreira 2005, p. 59). A questão da segurança poderá ter um peso importante na construção de atitudes e comportamentos, uma vez que, partilhando a opinião de Vala, *et al.* (1994), as expectativas sobre o futuro, nomeadamente, o **contracto de trabalho** são importantes para os profissionais e para a organização. A segurança em relação ao futuro profissional foi evidenciada por este enfermeiro ao referir que *estive um ano e meio no recobro anestésico e depois vim tomar posse como graduada no IPO, e fiquei até agora E9*. Outro enfermeiro refere ter *escolhido ir trabalhar para esta instituição por uma questão de vir para o quadro E4*.

À guisa de síntese, para estes enfermeiros o que contribuiu para o desenvolvimento das competências relacionais foram as características pessoais, nomeadamente, a motivação, a disponibilidade, a maturidade e a auto-estima; a aprendizagem na componente relacional realizada ao longo da vida e adquirida em contexto académico; a experiência profissional obtida ao longo do tempo, em contextos facilitadores e a segurança em relação ao futuro profissional.

#### 4.3.2.5 – Estratégias de gestão promotoras do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda

Através dos dados colhidos, pretendemos perceber quais são as estratégias de gestão que esta dirigente utiliza para promover o desenvolvimento das competências relacionais dos enfermeiros pertencentes ao serviço seleccionado.

Assim, da análise dos dados, emergiram as seguintes categorias: desempenhar uma liderança centrada nas pessoas, nos papéis de direcção e no fomento de um ambiente de trabalho produtivo, na monitorização e controlo dos processos; facilitar a adaptação à mudança apresentando as inovações de forma eficaz; a forma como é realizada a integração dos enfermeiros no serviço; a utilização da avaliação de desempenho como um processo de desenvolvimento; ter uma perspectiva multifacetada da aprendizagem; criação das condições de trabalho; a liderança e a metodologia de organização dos cuidados estarem centradas no doente. Apresentamos, no Quadro 7, as principais categorias e

subcategorias que emergiram da análise de conteúdo dos dados obtidos através das entrevistas realizadas aos enfermeiros pertencentes ao serviço seleccionado.

Quadro 7 – Dados relativos às estratégias de gestão promotoras do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Participante/Indicador</b>
Liderança centrada nas pessoas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação de ajuda</li> <li>• Equidade</li> <li>• Preocupação com a individualidade do enfermeiro</li> <li>• Delegação de funções</li> <li>• Fomento da satisfação profissional</li> <li>• Reconhecimento</li> <li>• Comunicação intra-equipa</li> <li>• Coesão e trabalho em equipa</li> <li>• Gestão de conflitos</li> </ul>	E11, E5 E4, E8, E5 E9, E5, E4 E9 E8, E11, E10 E10, E11, E2, E4, E9 E9, E2, E4, E7 E9, E3, E2, E5, E6, E7, E1, E4, E8 E8, E1, E2, E10, E9, E7, E11, E6
Direcção e fomento do trabalho produtivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Missão explícita e bem divulgada</li> <li>• Confiança institucional</li> <li>• Liderança pelo exemplo</li> <li>• Fomento de trabalho produtivo</li> </ul>	E9 E10, E9 E11, E4, E10, E3, E5 E9
Monitorização e controlo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorização das normas e protocolos</li> <li>• Acreditação hospitalar</li> </ul>	E9, E8, E7 E9, E11, E8, E10
Inovação e gestão da mudança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativa para a implementação de novos projectos</li> <li>• Dinamismo que imprime à equipa</li> <li>• Negociação</li> </ul>	E9, E4 E9 E9
Processo de integração dos enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeamento</li> <li>• Acolhimento</li> <li>• Orientação tutorial</li> <li>• Ênfase na componente relacional</li> <li>• Avaliação do processo</li> <li>• Tempo para a integração</li> <li>• Demonstração de abertura e de ajuda</li> </ul>	E9, E10 E11, E5, E8 E9, E3, E5 E9, E2, E8, E3 E9 E7, E10, E9 E5
Avaliação do desempenho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação contínua</li> <li>• Chama a atenção no momento do incidente</li> <li>• Feedback positivo</li> <li>• Registo dos incidentes críticos</li> <li>• Incentivos remuneratórios</li> </ul>	E9, E5, E11, E2 E5, E2, E9 E1, E11, E4, E2 E9, E2 E4
Aprendizagem experiencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiência concreta</li> <li>• Observação reflexiva</li> <li>• Partilha do conhecimento</li> <li>• Formação contínua</li> <li>• Metodologia de projecto e discussão em grupo</li> </ul>	E9, E6, E10, E4, E8, E2, E3, E1 E9, E10, E2 E7 E7, E5, E10, E11, E2, E8 E11, E9
Liderança centrada no doente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foco nas necessidades e expectativas do doente</li> <li>• Cuidados centrados nos doentes</li> </ul>	E9, E2 E9
Condições de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalações adequadas</li> <li>• Dotação segura</li> </ul>	E1, E9, E2, E3 E9, E4, E1, E5
Método de organização dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuidade dos cuidados</li> <li>• Cuidados holísticos</li> <li>• Adequação do método de trabalho</li> </ul>	E9, E3, E10, E4, E7, E2, E8, E11 E9, E3, E10, E4, E7, E8, E2 E9, E2, E4, E5, E8

Na análise dos dados verificámos uma maior expressão na liderança centrada nas pessoas, podendo significar que os enfermeiros reconhecem o modelo das relações humanas (Quinn *et al.*, 2003) como sendo promotor do desenvolvimento das competências relacionais.

### **Liderança centrada nas pessoas**

Aferimos que esta dirigente desempenha papéis centrados no modelo das relações humanas, dado que, demonstrou preocupar-se com o desenvolvimento dos profissionais mediante uma orientação cuidada e empática (Quinn *et al.*, 2003), estabelecendo uma **relação de ajuda** e de confiança, como se pode verificar através do discurso de um dos liderados: *a relação chefe-enfermeiro só existe no papel, porque cria-se uma relação de ajuda, de confiança, acabando por ser mais uma amiga, mais uma colega que aqui está para nos ajudar* E11. No relacionamento com os seus subordinados, também, foi valorizada a abertura e disponibilidade, conforme relato seguinte: *e mesmo até a ajuda, a relação de ajuda, se um colega precisar a chefe está disponível. A chefe não é daquelas que se põe lá em cima... a abertura que a chefe tem com as pessoas. Estas podem expor os seus problemas e as suas dúvidas que a chefe esclarece-as* E5. Estes dados são convergentes com as tendências e propostas para a gestão de enfermagem contemporânea em que administrar também é cuidar, devendo o enfermeiro chefe ter sempre em mente que a gestão, para ser produtiva, tem que ser fundamentada na confiança, no respeito e na valorização dos profissionais da equipa de enfermagem que ele lidera (Oliveira *et al.*, 2004).

Mas, segundo Minayo (2001), não tem sido essa a tónica dos processos de gestão desenvolvidos nas organizações de saúde, uma vez que, os seus dirigentes, na maioria das vezes, utilizam estratégias de gestão que destacam as relações técnicas (normas, funções e papéis) em detrimento das relações interpessoais como aspecto essencial no exercício da gestão, conforme demonstra o depoimento de um enfermeiro *daquele lado tinha uma chefe que se trancava no gabinete, e era preciso quase marcar hora para falar. Aqui não, a chefe está sempre de porta aberta, a gente precisa de alguma coisa, pode não ser no imediato mas ela tem sempre cinco minutos para nós (...). Ela tenta ter sempre esse bocadinho para falar connosco*” E5.

A ênfase dada às relações humanas foi, também, demonstrada através da importância atribuída à **gestão com equidade** e respeito, no sentido de proporcionar um ambiente propício a que os profissionais possam desenvolver as suas competências. Contribuindo, assim, de forma efectiva, para a satisfação das necessidades dos doentes e famílias, como

denotou este discurso: *Acho que a equidade e a justiça são muito importantes numa chefe e isso dita muito coisa em termos da equipa de trabalho e do clima do serviço, porque se as pessoas se sentirem respeitadas e consideradas, também, mais facilmente dão um contributo melhor e mais efectivo* E4.

A preocupação com a equidade em termos de distribuição do trabalho diário, também, foi referida por este enfermeiro: *se há doentes mais exigentes é lógico que isso é tido em consideração e ficará com menos doentes* E5. Outro enfermeiro acrescenta o facto de haver preocupação com a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros como se pode verificar neste discurso: *quando o doente é muito dependente há a preocupação de haver mudança para não nos sobrecarregar muito (...) alivia-nos (...) e nós ficamos mais predispostos para tudo* E8.

**A preocupação com a individualidade dos enfermeiros**, no sentido da adequação da distribuição do trabalho às suas “expectativas pessoais”, contribuindo para terem um “padrão pessoal de qualidade”, fazendo o profissional assumir a responsabilidade pelas suas acções (Mezomo, 2001), também, foi demonstrado tanto na observação participante como nas entrevistas como se pode aferir através do discurso desta dirigente: *tento sempre satisfazer os pedidos* E9. Outro enfermeiro que colabora directamente na gestão acrescenta: *nós temos de saber com quem estamos a lidar para fazer a distribuição e agradar a toda a gente* E5. Este discurso denota alinhamento nas directivas na delegação das funções de gestão.

Mas para haver satisfação das necessidades individuais é necessário um conhecimento profundo dos elementos da equipa, visto que, “pessoas diferentes têm de ser geridas de forma diferente” (Drucker, 2009, p. 93). Ilustramos o referido recorrendo a esta expressão encontrada na análise dos dados: *porque nós somos diferentes, temos de ser tratados de maneira diferente (...). Não é tratar com maior deferência, não é nesse aspecto, é saber como chegar àquele elemento. Isto exige da parte de um chefe um estudo e uma grande perspicácia (...) um conhecimento mais aprofundado* E4. Um outro enfermeiro enfatiza o facto de haver preocupação com a satisfação das necessidades individuais dos enfermeiros, como é demonstrado neste depoimento: *se os colegas pedirem um dia (...) ela, desde o momento que não tem feito o horário, facilita o horário (...). Há preocupação da satisfação das necessidades individuais dos enfermeiros e por sua vez os enfermeiros tentam, também, contribuir* E5. Estes discursos evidenciam “que os indivíduos são percebidos como seres portadores de necessidades sociais e psicológicas e que a

satisfação destas necessidades, através de estilos de gestão mais participativos e descentralizadores e do enriquecimento de tarefas, conduz ao empenhamento face aos valores e objectivos organizacionais” (Ferreira, 2005, p. 59).

Denota-se uma grande preocupação da dirigente em envolver os enfermeiros da equipa na gestão do serviço no sentido de haver uma maior participação e responsabilização, melhorando o espírito de equipa, gerando nos colaboradores um maior espírito de cooperação, preparando-os para maiores responsabilidades (Abreu e Moreira, 2002).

**A delegação de funções** emerge no seu discurso como uma prática que promove a aprendizagem e a melhoria do desempenho dos enfermeiros, como se pode verificar no seu relato: *sempre que é possível, um dos elementos da equipa fica comigo no gabinete (...) quando eles passam por aqui eles sentem as dificuldades no âmbito da gestão e melhoram o seu desempenho (...) estão aqui ao pé de mim para aprender a gestão dos recursos materiais (...) ficam muito mais despertos para esses aspectos (...) tento que a maior parte da equipa passe por este processo* E9. Também, Marquis e Huston (2010) são de opinião que a delegação proporciona aprendizagem e oportunidade de ‘crescimento’ para os subordinados, permitindo assim, o seu desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para a sua autonomia profissional, auto-estima e maior satisfação no trabalho. Para estes autores a utilização da delegação de funções pode assumir-se, de igual forma, como uma estratégia para o “fortalecimento dos subordinados” (Marquis e Huston, 2010, p. 116).

Segundo Abreu e Moreira (2002) a delegação tem diversas vantagens, nomeadamente, permitir ao dirigente concentrar-se em aspectos do trabalho que requerem a sua experiência e as suas aptidões específicas, ou seja, deixa-lhe tempo e espaço para se dedicar às acções de carácter mais estratégico que só a si competem, como se pode depreender do seu discurso: *em situações do dia a dia que eu tenho que fazer outras coisas, delego com quem está comigo tudo o que eu acho que posso delegar, mas peço sempre as responsabilidades* E9. Verificámos que na delegação das funções preocupa-se com a forma como são realizadas, dado que, inerente a esta delegação de funções está a “assunção da responsabilidade pelos actos praticados” (Nunes *et al.*, 2005, p. 138), sendo sempre, em última instância, os enfermeiros chefes responsáveis por tudo o que se passa na sua unidade de saúde.

Assim, a dirigente, no âmbito das funções de gestão dos recursos humanos e materiais, mobiliza os enfermeiros delegando algumas funções, promovendo a gestão participativa, o envolvimento dos enfermeiros e a sua satisfação profissional.

O **fomento da satisfação profissional** é muito importante, visto que, quando o profissional está satisfeito envolve-se e compromete-se mais com o trabalho (Chiavenato, 2009). Este facto reforça a premissa de que a satisfação dos profissionais tem uma relação directa com o tipo de liderança (Marley, Collier e Goldstein, 2004), pois quanto maior apoio sentem na sua organização, mais confiança, apego e lealdade experimentam, tornando-se melhores cidadãos da organização (Goleman, 2008).

Os enfermeiros deste estudo demonstram estar satisfeitos ao referirem que na prestação dos cuidados a componente relacional é a *que nos satisfaz mais E8*. A satisfação dos enfermeiros deste serviço é, também, evidenciada nestes discursos: *sinto-me espectacularmente bem nesta equipa, tenho pessoas com quem me dou muito bem E11*. Um outro aspecto evidenciado pelos enfermeiros foi o da realização profissional, como demonstrado neste discurso: *sinto-me muito bem realizada nesta equipa E10*.

Segundo Andrade (2001) os factores determinantes para a satisfação profissional, por ordem decrescente de importância, são a comunicação organizacional; o horário de trabalho; as condições físicas no trabalho; a autonomia; e, finalmente, a remuneração. Estes resultados estão de acordo com os discursos dos enfermeiros e com a observação realizada neste serviço em que os enfermeiros valorizam a comunicação e as relações interpessoais que estabelecem entre eles e a chefia, sendo que o horário de trabalho, nomeadamente, as regras impostas para as trocas assumem, ainda, alguma preponderância em termos de conflitualidade na equipa, levando a alguma insatisfação.

Constatámos também que, no âmbito do modelo das relações humanas, a dirigente reconhece o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros enfatizando os pontos fortes, expressando apreciação e transmitindo-lhe **reconhecimento**, numa lógica de motivação para alcançar níveis mais elevados de empenhamento na organização. Este reconhecimento é considerado uma ferramenta de liderança para facilitar o desenvolvimento dos subordinados (Quinn *et al.*, 2003) como foi evidenciado nos discursos dos enfermeiros: *é sempre bom ouvir dizer 'fizeste bem' e ajuda a melhorar as competências, porque nos motiva a fazer cada vez melhor E2. É sinal que o nosso trabalho (...) é posteriormente avaliado e reconhecido por outros, o que nos conforta e dá mais segurança para fazer cada vez melhor e dar continuidade ao desenvolvimento dessas*

*competências* E10. Estes discursos estão em consonância com a opinião de Silva (2006) ao referir que o exercício de dar e receber *feedback* de maneira equilibrada auxilia no nosso crescimento individual e desenvolve a nossa capacidade de relacionamento efectivo com os outros.

A promoção da **comunicação intra-equipa** é uma estratégia de gestão utilizada e valorizada por esta dirigente ao referir que *tenho optado para que nas passagens de turno, sempre que eu tenha alguma informação que é pertinente dar, dou nessas reuniões, trocamos ideias, as pessoas assinam um impresso que temos na instituição, em como tomaram conhecimento daquilo que lhes foi dito (...)* E9.

Verificámos a existência de uma política de comunicação interna que proporciona a informação necessária e oportuna, contribuindo para melhorar o desempenho individual e colectivo da equipa de enfermagem. A comunicação nas relações de grupo e de trabalho, foi enfatizada por Silva (2006, p. 114) como um processo imprescindível na administração, dado permitir a realização de acções coordenadas “minimizando as diferenças e aproximando as pessoas pela compreensão do porquê das variadas percepções”, envolvendo a transmissão de informações formais ou informais, auxiliando na criação de um clima mais harmonioso no serviço, contribuindo para a coesão da equipa e melhorar o desempenho individual.

Verificámos que neste serviço a enfermeira chefe utiliza as passagens de turno como momento de partilha da informação utilizando pouco as reuniões formais, conforme demonstra o seu discurso: *nem temos tido oportunidade de fazer reuniões de serviço, aquelas reuniões formais. (...), alguns colegas são de longe, têm a sua vida pessoal e nem sempre tinha uma grande adesão às reuniões de serviço (...) e depois a informação não passava toda da mesma forma* E9. O facto de existirem poucas reuniões formais foi desvalorizado por este enfermeiro ao referir que *reuniões formais existem, mas lá está, como a chefe acaba por passar as informações nas passagens de turno, e nos momentos oportunos, as reuniões formais não são tão necessárias* E2.

De facto, constatámos que existem só duas reuniões formais anuais, mas que geralmente têm pouca adesão, este facto pode ser uma estratégia utilizada pela dirigente para mais facilmente passar as mensagens e haver um maior controlo do grupo evitando o surgimento de tensões, como demonstra este discurso: *temos reuniões, é lógico que durante as reuniões há sempre acordos e desacordos entre as pessoas, mas tenta-se*

*chegar a consensos, muitas vezes há discussões que se geram, mas que as pessoas acabam por facilmente conseguir resolver* E7.

Mas, por outro lado, estas reuniões mais formais são consideradas importantes e necessárias conforme foi evidenciado neste discurso: *há alguma necessidade de se esclarecer algumas coisas, mas tem havido poucos momentos para que isso aconteça* E4. Pensamos que as reuniões formais poderiam ser bons instrumentos para criar um bom ambiente de trabalho, mas que, efectivamente, neste serviço, são pouco valorizadas.

Denotou-se, através da observação participante e através da análise dos discursos dos enfermeiros, que no desempenho da liderança, a enfermeira chefe enfatiza, também, o papel de facilitador, dado constatar-se que fomenta esforços colectivos, na criação de um clima positivo no grupo de trabalho promovendo **a coesão e o trabalho em equipa** (Quinn *et al.*, 2003), conforme se pode verificar pelo seu discurso: *é uma equipa muito jovem que se ajuda muito entre si quando estão muito ocupados, (...) só assim é que se consegue obter estes resultados* E9. Os enfermeiros corroboram desta opinião ao referirem *nós funcionamos como uma equipa e a chefe está incluída nessa equipa, por isso é que eu acho que funcionamos bem (...). A equipa, sinceramente, considero-a uma das melhores* E3; *apesar de termos os nossos doentes distribuídos, trabalhamos sempre muito em equipa. Se alguém não pode, há sempre outro que vai tentar dar uma ajuda de maneira a que o doente possa ser atendido o mais rápido possível* E2.

Da análise destes discursos e através da observação, constatámos que, de facto, existe um trabalho em equipa na enfermagem, uma vez que os enfermeiros partilham de objectivos comuns, existe compreensão e aceitação dos vários papéis e funções de cada um, cooperação activa e confiança mútua (Chiavenato, 2009).

A coesão da equipa foi evidenciada através do relacionamento existente entre todos os elementos da equipa de enfermagem e que foi, também, salientado por este enfermeiro *há qualquer coisa que nos aproxima. Há uma grande coesão na equipa* E5. Por outro lado, foi enfatizado o facto da coesão da equipa permitir o enriquecimento das relações interpessoais contribuindo para o desenvolvimento pessoal de cada um, fazendo aumentar a satisfação e o sentimento de pertença, como se pode constatar neste discurso: *acho que desenvolvemos aqui, somos uma equipa muito coesa e trabalhamos bem em equipa, o que é muito positivo. Nunca me arrependi de ter vindo para aqui* E6. Esta coesão da equipa pode, também, ser o reflexo do tipo de liderança, assim como a confiança que é depositada nas estratégias utilizadas pela dirigente, aumentando a lealdade recíproca, que foi

demonstrado neste discurso: *O que contribui para a coesão da equipa é o espírito de camaradagem, o espírito de equipa e de entreajuda entre todos* E7.

Para a coesão do grupo foi, ainda, dada ênfase tanto aos momentos informais dentro do serviço, como fora, conforme denota este discurso: *Nós aqui, normalmente quando as pessoas fazem anos, cada um trás o seu bolinho e isso já vai aproximar um bocado. Há jantares, há lanches. As pessoas tentam-se juntar, e há esses encontros que servem para a pessoa se libertar um bocadinho e conhecer a outra parte* E5.

Tivemos oportunidade de constatar a participação dos actores na vida do serviço, para além do seu horário de trabalho, em momentos de trabalho de grupo, festas de aniversários, ou de confraternização como foi na conclusão do mestrado da dirigente, com entrega de um ramo de flores por parte da equipa.

Os momentos de partilha colectiva, de sentimentos de bem-estar, de alegria e de convívio são uma vertente contínua, promovendo o acolhimento dos novos elementos no serviço, assim como dos estudantes de enfermagem que estão a realizar o Ensino clínico.

Outro enfermeiro, além de enfatizar estes momentos informais, acrescenta o facto de a equipa ser jovem, como facilitador da coesão da equipa como é evidenciado nas suas palavras: *as actividades extra serviço de facto ajudam, assim como as pessoas serem jovens, se darem bem, a equipa fica mais coesa, toleramos mais os defeitos de cada um, dão-se melhor, vão-se conhecendo melhor, são momentos muito positivos* E1.

Apesar de a equipa ser coesa, os conflitos são inevitáveis nas organizações, principalmente, nas organizações de saúde devido à sua complexidade, mas, de acordo com a observação participante e de acordo com os depoimentos dos enfermeiros, verificámos que os conflitos existentes são mais organizacionais do que interpessoais (Deutsch, 1990), como se pode constatar através deste discurso: *Estar numa equipa em que somos todos muito unidos, em que o relacionamento que há entre nós é muito bom, não há quezílias, não há guerras* E7. A maioria dos conflitos existentes são relacionados com as regras impostas pela enfermeira chefe nas trocas realizadas nos horários, denotando uma liderança centrada no controlo, como se pode verificar através do discurso da dirigente: *eu sou um bocadinho exigente nas trocas, fui habituada assim, e é assim que tem de ser. Se é feito o horário, esse horário tem que ser respeitado ao máximo, (...) senão é a anarquia total. Portanto eu tenho um limite de trocas no horário (...) só deixo fazer duas trocas por semana* E9.

Este tipo de liderança não deixando aos subordinados liberdade de agirem de acordo com os seus interesses, leva à insatisfação, como se pode verificar neste depoimento: *muitas vezes criam-se conflitos em relação ao horário (...) que vão sendo resolvidos, mas já tem gerado algumas confusões* E7. Por outro lado, os enfermeiros demonstram compreensão pela atitude da dirigente ao referirem *eu compreendo que não é fácil, são muitas pessoas a pedir e depois ela colocou um limite de trocas* E4. Uma outra fonte de conflito é *no planeamento das férias, mas aí também nos reunimos, fazemos uma reunião e debatemos entre todos* E8.

Apesar da liderança se centrar no controlo, verificámos, através da observação participante e das entrevistas, que a dirigente perante situações de conflito desempenha um papel de facilitador (Quinn *et al.*, 2003), procurando solucioná-lo recorrendo a **estratégias construtivas de gestão de conflitos** através da utilização de uma comunicação assertiva (Rego, 1998), favorecendo a reflexão e a discussão como meios de alcançar o consenso e o compromisso, conforme se pode verificar nestes depoimentos: *são pouco frequentes os conflitos porque normalmente acabamos por conversar e chegamos a um consenso* E8. *Normalmente tenta-se resolver tudo construtivamente (...). As pessoas dão-se bem* E1.

Uma das estratégias de gestão dos conflitos utilizadas pela dirigente tem a ver com a detecção precoce do problema, sendo considerado por Costa (2003) como o primeiro passo para a resolução do conflito, o que é evidenciado através deste discurso: *sempre que há alguma situação que a enfermeira chefe detecte, ela chama-nos à parte e tentamos primeiro identificar reflexivamente a situação, procurando saber a nossa interpretação dessa situação e depois dá ela o parecer e então tentamos dentro do que é o objecto da atenção ver o que é melhor* E1. Outro enfermeiro enfatiza o facto de na gestão de conflitos *a chefe tenta sempre fazer isso de uma forma construtiva e de andar sempre atenta* E2. Para além da percepção da gestão de conflitos ser construtiva foi, também, enfatizado o impacto que pode ter na motivação dos enfermeiros como se pode verificar neste depoimento: *a mim parece-me que a gestão dos conflitos tem sido sempre numa perspectiva construtivista (...) se houvesse uma relação conflituosa com a enfermeira chefe as coisas se calhar não andavam bem, as pessoas andavam desmotivadas* E10.

Devido à dinâmica do serviço verificam-se conflitos interdepartamentais (Robbins, 2002) que podem estar relacionados com a dificuldade de organização inter-equipas, denotando-se necessidade de regulação como se pode depreender do seu discurso: *Quando os médicos trazem três e quatro doentes ao mesmo tempo e ninguém consegue dar resposta,*

*tenho que me impor (...) quando eu vejo alguma coisa destas, eles levam logo 'por tabela' (...). Temos que cumprir as indicações que estão definidas e primar por aquilo que se delineou que deveriam ser as boas práticas* E9.

Neste serviço verifica-se alguma dificuldade no trabalho da equipa multiprofissional que é evidenciada através de alguns “conflitos interpessoais”, manifestada através da dificuldade em trabalhar em conjunto como se pode verificar no seguinte discurso: *estes problemas interpessoais que se geram entre as duas equipas (médica e anestesistas) são, de alguma forma, transponíveis para os enfermeiros. Às vezes os problemas que eles têm (...) causam, de alguma forma, mal-estar na equipa* E9. Este facto é corroborado por Carapinheiro (1998), ao referir que as equipas multiprofissionais falham por falta de capacidades nas relações humanas, por falta do saber ser e estar em grupo o que é evidenciado neste depoimento: *porque às vezes não há respeito, nem educação e nós não estamos para aturar isto não é?* E9.

A este propósito a OMS (1988) defende que os profissionais devem ter a oportunidade de aprender a trabalhar em conjunto, assim como, deveria dar-se tanta, ou mais importância, às competências relacionais, do que às instrumentais e cognitivas.

Esta dificuldade no trabalho na equipa multiprofissional neste serviço pode, também, estar relacionada com as relações de poder instituídas, denotando-se que o enfermeiro tem pouca autonomia na equipa multiprofissional em relação ao profissional médico, conforme é evidenciado neste discurso: *Eles ainda não reconheceram que o enfermeiro é uma pessoa tão capacitada quanto eles (...) o médico ainda é aquela pessoa que acha que é o 'supra sumo'* E9.

Esta desigualdade nas relações de poder têm implicações no desenvolvimento e implementação de alguns projectos no serviço, levando a alguma desmotivação e insatisfação dos profissionais de enfermagem, como se pode depreender do discurso da dirigente: *há aqui alguns projectos que não passaram muito de projectos, porque mexem com outros profissionais da parte clínica (...) gostava que me deixassem trabalhar* E9. Verificámos que o poder formal atribuído ao director clínico do serviço pode, por vezes, levar ao bloqueio de algumas iniciativas da enfermagem.

Apesar de se denotar a persistência e empenhamento desta dirigente no desenvolvimento dos projectos, quando não consegue atingir os resultados devido a estas relações de poder, também se desmotiva como é notório no seu discurso: *quando não há resultados, às vezes,*

*eu também me desmotivou um bocadinho. Quer dizer, empenhamo-nos tanto, demos tanto de nós, e depois no fundo não houve nada* E9. Estes dados são convergentes com o definido por Drucker (2009, p. 129) ao enfatizar que qualquer empresa, para obter resultados “tem de construir uma verdadeira equipa e unir esforços individuais num esforço comum”, contribuindo para um objectivo comum. Ainda na óptica deste autor, os “esforços têm todos que caminhar na mesma direcção e as suas contribuições têm de se encaixar de modo a criar um todo”. Para este autor, quando estes requisitos não se verificam os esforços são desperdiçados e em “vez de trabalho em equipa existe fricção, frustração e conflito”.

Deste modo, trabalhar em equipa multiprofissional deve ser entendido como uma actividade sincronizada e coordenada, de diversos profissionais que têm um objectivo comum, sendo que o produto final é diferente da soma das partes, ou seja, o trabalho desenvolvido por cada trabalhador isoladamente é diferente daquele realizado pela equipa (Loff, 1994).

### **Direcção e fomento de um ambiente de trabalho produtivo**

Verificámos que a missão desta instituição é centrada na prestação de cuidados de qualidade “constituindo-se como uma instituição de referência para os cidadãos que serve e para os serviços de saúde” (Artigo 5º, do Regulamento Interno, 2009), sendo divulgada através dos vários tipos de comunicação, panfletos, posters e manuais que existem tanto no serviço, como em toda a instituição. O facto de a **missão ser explícita e bem divulgada**, leva à circulação da informação e ao empenhamento dos colaboradores (Goleman, 2008) como é enfatizado pela dirigente ao referir que *a filosofia de prestação dos cuidados de enfermagem que nós temos centra-se na humanização dos cuidados e quando se faz a integração dos enfermeiros as pessoas revêem-se neste projecto (...) Os que cá estão interiorizam, também, este conceito de actuação, e é assim que fazem na prática, dão valor às pessoas* E9.

De facto, verificámos que a liderança intermédia é determinante para passar as mensagens do topo para a base (Dias, Lopes e Parreira, 2011), podendo considerar-se que é uma organização inscrita num contexto norteado por princípios que se sustentam na humanização dos cuidados. Na qual o cuidar do doente oncológico em ambiente humanizado constituiu um objectivo estratégico importante a prosseguir, sobejamente referido nos Planos de Acção e concretizado nos diversos projectos que a instituição tem vindo a levar a efeito. O alto sentido de humanismo está bem patente nos resultados

obtidos nos estudos realizados por entidades externas no âmbito do “Projecto de Avaliação da Qualidade Apercebida e Satisfação do Utente/Cliente dos Hospitais EPE”.

Verificámos que esta filosofia de humanização flui do topo para a base permitindo que a missão seja incorporada nas práticas dos cuidados, através da humanização do próprio ambiente organizacional, através de pequenos pormenores como as cores utilizadas na unidade, as pinturas colocadas nas paredes, a forma como os doentes e as famílias são acolhidas no serviço, a forma como é realizada a alta dos doentes e o envolvimento da família em todo esse processo.

Esta filosofia de humanização dos cuidados a nível deste serviço está bem patente a nível da gestão intermédia, sendo consubstanciada nos manuais de enfermagem, nas normas e procedimentos, conforme as notas de campo elaboradas durante a observação participante, e que é muito valorizada pela chefia como se pode constatar através do seu depoimento: *esta instituição tem uma filosofia de humanização. E portanto, os princípios das normas básicas do manual de enfermagem do serviço são a humanização dos cuidados e a vertente relacional que nós temos muito presente e que lhe damos muito valor* E9.

Neste discurso verificou-se que existe um alinhamento da liderança intermédia com a liderança de topo, sendo indiciador da existência de uma certa convergência a nível da missão e da visão estratégica com a do serviço. Esta situação indica a importância das lideranças intermédias no sentido de conseguirem corporizar na base aquilo que é a estratégia da organização (Dias, Lopes e Parreira, 2011), sendo consideradas parceiros estratégicos importantes para concretizar a mudança (Balogun, 2003) e como estão mais próximo do nível operacional, são os *coaches* no desenvolvimento das equipas (Ellinger, Ellinger e Keller, 2003).

Constatámos que os enfermeiros demonstram estar satisfeitos no local de trabalho e que sentem orgulho em fazer parte desta instituição, e deste serviço, dado haver congruência entre os seus próprios valores e os valores desta instituição que se centra numa filosofia de humanização dos cuidados (Chiavenato, 2009). Na perspectiva de Drucker (2009), estes profissionais podem ser considerados trabalhadores do conhecimento, dado que, valorizam acima de tudo os desafios e o conhecimento da missão da organização. Para Drucker (2009, p. 294) "a única definição de líder é alguém que possui seguidores". O que resulta desta definição é que, para haver seguidores, o líder tem que inspirar confiança, já que, segundo o autor, sem confiança ninguém segue ninguém. Posto isto, a confiança é considerada como a principal característica que dá suporte à liderança (Drucker, 2009).

Tivemos oportunidade de constatar que esta dirigente inspira **confiança institucional**, dado o reconhecimento dos superiores hierárquicos nas suas competências relacionais e éticas como se pode depreender do seu discurso: *Fui convidada pelo Presidente do Concelho de Administração para fazer parte como vogal e agora como vice-presidente da comissão de ética* E9. Conforme podemos constatar no seu discurso existe reciprocidade e suporte organizacional fortalecendo o seu empenhamento na organização (Ferreira, 2005).

Verificámos, pela observação participante e pelos discursos, que a enfermeira chefe **lidera pelo exemplo** funcionando como modelo de referência congruente com as práticas (Casimir *et al.*, 2006). O que também é corroborado pelos seus subordinados quando referem que *a enfermeira chefe tem sido um modelo para mim nos aspectos relacionais, como se relaciona com os doentes e família e, também, na forma como se relaciona connosco* E10. Outro enfermeiro acrescenta que *penso que começa aí. As pessoas mais antigas incluindo a chefe continuam a ser pontos de referência, são modelos e exemplos* E11, *e dando o exemplo é logo o pontapé de partida para que os seus enfermeiros também lhes sigam as pisadas* E4. Estes dados são, também, corroborados por Linton e Farrell (2009) ao defenderem que liderar pelo exemplo contribuiu para o desenvolvimento da equipa e para a prestação de cuidados de qualidade.

Verificámos que a dirigente, no desempenho do papel de produtor, preocupa-se em **fomentar um ambiente de trabalho produtivo** através da recompensa (Quinn, *et al.*, 2003), como demonstra o seu discurso: *A forma como eu os consigo compensar é, às vezes, através destas atitudes positivas e de os incentivar, como temos vários projectos em curso as pessoas trabalham fora de horas (...) eu de alguma forma fui compensando dando duas horas aqui duas ali, para que as pessoas de alguma forma não ficassem desgostosas de que fizeram o trabalho e ninguém lhes deu nada* E9. Neste caso a dirigente tem liberdade para compensar os enfermeiros verificando-se que há um alinhamento entre o topo e a base, conforme foi referido pela dirigente *posso dar duas horas porque tenho essa liberdade para tal, mais do que isso não posso dar* E9. Aqui, o controlo da organização veio dificultar a liberdade da dirigente dar outros incentivos no sentido de valorizar e reconhecer o trabalho desenvolvido, como revela no seu discurso: *desde que veio o controlo biométrico isto deixou de ser possível porque as pessoas têm que cá estar para pôr o dedo e, portanto, estes incentivos não podem ser dados* E9.

### **Monitorização e controlo dos processos**

Um outro aspecto que emerge da análise de conteúdo é denunciador de que esta dirigente, nas suas funções de gestão, atribui grande importância ao cumprimento das normas e dos protocolos que estão definidos, tendo uma liderança também muito centrada no controlo. Mas apesar de **valorizar as normas e os protocolos** como estratégias promotoras do desenvolvimento de competências, enfatiza o facto de estes serem adaptados à realidade dos doentes como é demonstrado no seu discurso: *é ótimo, porque orientam como se deve fazer, e aquilo que se deve fazer, são fios condutores. (...) não posso taxativamente dizer que isto tem que ser assim porque nós somos diferentes e os doentes são diferentes. Eu sei que tenho de fazer este processo por aquele caminho, posso é não fazer todos os passos, mas o resultado tem que ser aquele* E9. A importância da adaptação dos protocolos à realidade dos doentes é, também, enfatizada neste discurso: *claro que não dá para tudo, temos que ajustar à situação, mas claro que ajuda a traçar uma linha que nos orienta. Muitas vezes temos que nos ajustar, mas é mais fácil se seguirmos aquele trajecto. Portanto ajuda bastante* E8.

Estas opiniões estão de acordo com Hesbeen (2009) ao referir que as normas de procedimentos e os protocolos são um recurso para os enfermeiros apoiarem as suas intervenções, mas só terão interesse se respeitarem o espaço de liberdade adequado ao cuidar de uma pessoa.

De facto constatámos, através da observação participante, a ênfase dada ao cumprimento das normas e regras que é confirmado neste depoimento: *muitas vezes liga-se muito àquilo que está protocolado, que tem que se seguir e que nem sempre pode ser assim dessa forma (...). Temos limites pessoais, da própria instituição, do próprio doente que não deixam que nós consigamos atingir os objectivos que, muitas vezes, nos são propostos, mas se argumentarmos (...) como nós achamos que está correcto (...) tudo se resolve e é aceite* E7. Constatámos que, apesar de ser enfatizado o excesso de normas a cumprir, também é evidenciado o facto de a dirigente ter capacidade de aceitação da perspectiva do outro.

Esta dirigente reconhece que o processo de **acreditação** da instituição, que tem como objectivo a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados e o reconhecimento público da qualidade atingida na instituição, pode ser uma mais-valia para o desenvolvimento das competências dos profissionais, dada a exigência no cumprimento das normas pré estabelecidas para a prestação dos cuidados com qualidade. Por outro lado, o reconhecimento da qualidade desses mesmos cuidados pode ser outro factor motivador

para o desenvolvimento das competências relacionais como foi evidenciado pela dirigente: *a acreditação é sempre uma mais-valia, porque houve alguém do exterior (...) que reconheceu que o nosso trabalho é feito com qualidade* E9. A acreditação também é reconhecida como um meio de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados através da melhoria do desempenho dos profissionais conforme se pode verificar nos extratos seguintes: *O facto de a instituição ser acreditada de x em x tempos, ser novamente avaliada para ver se mantém os critérios, acaba por também nos obrigar a entrar nessa onda e, também, melhorarmos a nossa maneira de ser* E11. *O facto de nós termos conhecimento que estamos acreditados enquanto instituição, é um reforço contínuo, é um reforço positivo de que o nosso trabalho foi valorizado* E10. Outro enfermeiro acrescenta que *a acreditação é muito boa para a melhoria dos cuidados* E8.

Mas apesar de esta instituição ser acreditada, esta dirigente desvaloriza o significado da acreditação se não traduzir as boas práticas conforme refere no seu discurso: *mas se não correspondermos não tem interesse termos ali um placar a dizer que fomos reacreditados (...). Temos que cumprir as indicações que estão e temos que primar por aquilo que se delineou, que deveriam ser as boas práticas* E9.

Através da observação participante e pela análise das entrevistas verificámos que passa uma imagem de rigor, de rectidão e de exigência como se pode verificar através do seu discurso: *Compreendo as pessoas, muitas vezes vou até ao meu limite até onde posso ir, mas gosto muito mais de em certas situações exigir, porque eu exijo de mim própria, um patamar muito elevado de qualidade e gosto que os enfermeiros da minha equipa assim o sejam* E9.

### **Inovação e gestão da mudança**

Esta dirigente, no desempenho das suas funções, facilita a adaptação à mudança, apresentando as ideias de forma eficaz, denotando **iniciativa para a implementação de novos projectos**. Esta iniciativa tem sido demonstrada pelo facto deste serviço ser pioneiro, dentro desta instituição, na implementação de alguns projectos como o Sistema de Informação para a Enfermagem – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), as mensagens para o alívio da dor no doente oncológico, como se pode verificar ao referir que *o desafio foi lançado por mim e duas das colegas (...) pegaram naquilo que tinha sido dado na formação e (...) elaboraram um projecto. Primeiro era para os doentes do serviço e depois, com o aval da enfermeira Directora, foi criado um projecto para toda a instituição (...). Foi criado esse grupo de trabalho que eu*

*lidero (...). Os objectivos do projecto são fazer a massagem para o alívio da dor ao doente oncológico E9. É notória a importância atribuída à inovação e às acções empreendedoras (Drucker, 2009), no sentido da diferenciação e qualidade dos cuidados como demonstra este discurso: Eu acho que o facto de a chefe ser uma pessoa empreendedora tem influência porque ela dinamiza, tem pessoas que a acompanham e fazem parte da equipa e isso acho que é um aspecto importante (...) para atingir esta qualidade dos cuidados E4.*

Outro aspecto evidenciado é o **dinamismo que imprime à equipa** na participação nos vários projectos, que também é congruente com a liderança de alguns projectos implementados na instituição, conforme foi evidenciado no seu discurso: *Um dos projectos é o dos padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem, já fizemos um percurso muito grande em termos da equipa que está a realizar este projecto(...). Portanto, houve um grupo de trabalho com a Enfermeira Directora. Eu sou a coordenadora do projecto e mais quatro enfermeiros (...). Sou eu a responsável por fazer a ligação com a Ordem dos Enfermeiros. Claro que há coisas que não posso ser sozinha a decidir e peço ajuda à Enfermeira Directora E9.* Neste discurso verificou-se que existe um alinhamento da liderança intermédia com a liderança de topo que também parece estar muito envolvida nos projectos, não parecendo existirem clivagens.

Apesar deste alinhamento nas lideranças na área da enfermagem, por vezes, existem dificuldades com outros profissionais, porém, quando se propõe avançar com novos projectos, verifica-se um grande envolvimento e persistência, assim como capacidade de **negociação** para ultrapassar essas dificuldades que se vão apresentando, como é notório no seu discurso: *tivemos que batalhar muito a nível do Conselho de Administração, não foi fácil conseguirmos esta mais-valia para a enfermagem. O Presidente do Conselho de Administração deu-nos o aval para fazermos este projecto E9.*

Apesar desta sua persistência e envolvimento parece-nos que o papel de negociador é o menos percebido e praticado pela dirigente, tendo-se verificado alguma dificuldade na negociação de acordos e compromissos nomeadamente a nível da equipa médica do serviço como demonstra o seu discurso: *Nós podíamos desenvolver um trabalho ainda de maior excelência se eles quisessem mas não querem e nós não podemos ir mais além (...)*” E9.

### **Processo de integração dos enfermeiros**

A integração é um processo de “aculturação às práticas e filosofias predominantes da organização e, simultaneamente de desprendimento de hábitos indesejados que devem ser eliminados do comportamento do recém admitido” (Laselva *et al.*, 2003, p. 160). Este desígnio é corporizado através do processo de integração de excelência realizado nesta instituição e no serviço, que envolve planeamento, liderança, organização e avaliação (Azevedo, 1996). Assim, neste serviço verifica-se a existência de um **planeamento** com um programa de integração estruturado, conforme notas de campo e discurso da enfermeira chefe *há programas de integração aos novos colaboradores na instituição e depois essa integração é específica no serviço, com todas as normas, procedimentos e objectivos do serviço* E9. A existência do programa de integração é importante porque permite reduzir o período de adaptação ao trabalho, fornece subsídios para o empregado vencer o medo do desconhecido e para que os objectivos da instituição sejam atingidos de forma mais rápida possível (Chiavenato, 2009). Este planeamento beneficiará não só a organização e o novo elemento mas também e, conseqüentemente, os utentes, “uma vez que permitirá uma adaptação rápida, segura e mais eficiente” (Ferreira e Leitão 1999, p. 131).

No processo de integração, neste serviço, é dada ênfase ao planeamento mas, também, ao **acolhimento** que é realizado pelos enfermeiros conforme demonstram estes discursos: *Acho que a nossa equipa recebe muito bem as pessoas (...) a gente está sempre receptiva a pessoas novas* E5. Outro enfermeiro enfatiza a forma como foi recebido ao referir que *vim para cá e fui muito bem recebido e tudo isso me marcou (...) nós éramos integrados e acolhidos e havia uma preocupação dos nossos colegas que a gente aprendesse, se sentisse bem e bem integrado* E11. Estes dados demonstram que *a forma como é feito o acolhimento dos enfermeiros pode interferir muito tornando-nos mais humanos* E8.

A forma como é realizado o acolhimento pela enfermeira chefe aos novos enfermeiros foi referenciada como sendo promotora do desenvolvimento de competências relacionais como demonstra este discurso: *Foi a enfermeira chefe que me recebeu de braços abertos (...). Hoje aquilo que sou, que represento, acaba por ser uma consequência dessa integração (...) criei a minha maneira de ser e de estar* E11.

Para além do planeamento, e da forma como é realizado o acolhimento, foi enfatizada a **orientação tutorial** por um enfermeiro perito, no sentido de facilitar a integração e a interiorização da cultura organizacional, conforme foi referido pela dirigente: *Quando*

*estas integrações são devidamente planeadas (...) dá para fazer um bom planeamento, no sentido de idealmente o enfermeiro ser integrado sempre com um enfermeiro ou dois enfermeiros no máximo, com qualidade de excelência (...) que me ofereçam à partida mais segurança, e que transmitam os seus valores* E9. A importância deste acompanhamento tutorial é enfatizada por Marquis e Huston, (2010) ao referirem que o acompanhamento do enfermeiro em integração por um enfermeiro experiente e competente permite maiores possibilidades dos novos elementos apresentarem um bom desempenho.

Durante o processo de integração, a enfermeira chefe deste serviço, enquanto responsável pela integração do novo elemento (Azevedo, 1996), dá **ênfase à componente relacional** conforme se pode constatar através das suas palavras: *sempre que integro alguém, até os estudantes quando estão aqui, eu nunca descuro a transmissão de informação de que nunca se deve deixar que a vertente humana se deixe sobrepor pela parte técnica ou científica* E9. Esta líder enfatiza a necessidade do desenvolvimento da componente relacional no sentido de se obterem melhores resultados tanto para o doente e família, como no relacionamento na equipa, ao referir que *acho que a componente relacional não se pode descurar de maneira alguma, porque temos mais-valias quando conseguimos desenvolver esta componente relacional, nomeadamente na relação com o doente, com a família e com a equipa no seu todo* E9. Nos discursos dos enfermeiros, também, é evidenciada esta preocupação ao ser referido que *os enfermeiros preocupam-se todos com a relação interpessoal (...) a cultura relacional já está embutida e os colegas novos que vêm são levados pela maré. Esta cultura é reforçada pela chefe* E2. Outro enfermeiro acrescenta que *parece que aqui, desde que comecei a trabalhar, essa componente relacional foi sempre muito valorizada (...). Acho que quando há entrada de novos elementos, há a preocupação dos enfermeiros transmitirem essa ênfase na relação de ajuda, da comunicação com o doente* E8.

A flexibilidade inscrita na forma como os enfermeiros são integrados, e o tempo disponibilizado para a integração, assim como a **avaliação progressiva do processo**, são variáveis que devem ser consideradas e que são defendidas por Azevedo (1996) ao referir que os enfermeiros chefes devem zelar pela implementação e manutenção de uma estrutura organizacional que facilite a integração, devendo esta ser flexível, aberta e ter por base uma relação harmoniosa entre os residentes e os integrados, o que foi enfatizado no discurso da dirigente: *Quando as pessoas vêm de fora não conhecem a instituição,*

*portanto, a integração demora mais tempo (...). Tudo isso depende de cada um (...). Depois vamos fazendo uma avaliação (...) a meio dessa integração e, depois, já numa parte final, para avaliar onde é que têm mais dificuldades* E9. Como podemos constatar, foi evidenciada a importância desta avaliação ser progressiva para que se possam fazer as alterações necessárias para melhorar e personalizar o processo de integração (Azevedo, 1996).

A adequação do **tempo para a integração** neste serviço, também, é valorizado por este enfermeiro ao referir que *tem de ter um tempo de integração para que se integrem com facilidade na equipa, conheçam os protocolos, conheçam a forma de agir dos enfermeiros no serviço. Esse tempo é muito importante, porque se o enfermeiro não tiver bem integrado, sente-se aqui muito perdido* E7. Estes resultados encontrados são suportados pelo que nos diz Benner (2005), ao referir que os enfermeiros que entram em cada novo serviço com o estatuto de iniciados, têm dificuldade em integrar o que aprenderam nos livros com aquilo que vivem na realidade, pelo que, se torna fundamental a existência de um período de integração adequado à realidade do serviço e de acordo com a individualidade do enfermeiro.

Por outro lado, nos processos de integração é importante que os enfermeiros integrados sintam atitudes de cooperação, segurança e aceitação, sendo para isso necessário que os enfermeiros **demonstrem capacidade de abertura e de ajuda** fornecendo as informações necessárias, instilando uma sensação de aceitação, resultando em maior produtividade, menos atritos e maior satisfação (Marquis e Huston, 2010), contribuindo desta forma para o seu desenvolvimento. Este facto foi confirmado por este enfermeiro ao referir que *as pessoas estão sempre à vontade se tiverem dúvidas para perguntar seja a quem for. Se precisarem de ajuda, toda a gente ajuda. Acho que a nossa equipa recebe muito bem as pessoas, até mesmo os alunos quando se vão embora, eles dizem-nos que nunca estiveram numa equipa que os recebesse tão bem como nós. A gente está sempre receptiva a pessoas novas e acho que já passámos todos por uma integração e todos sabemos que precisamos de ajudar e nunca dizemos “desenrasca-te”* E5. Este facto foi corroborado por três estudantes do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem que realizavam Ensino Clínico neste serviço, ao verbalizarem que foi o melhor serviço por onde passaram, tendo enfatizado a forma como foram acolhidas pela enfermeira chefe e integradas nesta equipa, levando-as a sentirem-se como fazendo parte integrante desta equipa.

### **Avaliação do desempenho**

Neste serviço verificámos que a dirigente utiliza a avaliação do desempenho como um instrumento de gestão otimizando os resultados da organização (Ferreira e Leitão, 1999), assumindo a avaliação de desempenho como um processo de desenvolvimento do indivíduo e da organização, utilizando como estratégias a **avaliação contínua** e o acompanhamento dos enfermeiros na prática da prestação dos cuidados, como foi possível observar *in loco* e no seu discurso quando refere que *eu tenho que conhecer a equipa, tenho que saber os méritos que cada um tem e as principais falhas e depois é um encontro de circunstâncias. A avaliação final é mais formal, mas eu penso que a avaliação tem que ser contínua, lá está no momento em que eu identifico as falhas ou quando houve uma melhoria daquilo que foi chamado a atenção* E9. A ênfase dada ao acompanhamento contínuo do enfermeiro na prestação dos cuidados no sentido de um melhor conhecimento do desempenho individual do enfermeiro permitindo-lhe uma avaliação o mais objectiva e justa, também, foi valorizada por este enfermeiro ao referir que *a chefe tem a percepção daquilo que nós somos e sabe até onde a gente pode chegar. Acho que ela nos consegue avaliar bem porque tem um bom conhecimento da equipa e observa as pessoas a trabalhar, está sempre presente e anda sempre em campo, vai pelas enfermarias e ajuda no que for preciso. Portanto ela sabe até que ponto o enfermeiro é competente* E5.

Verificámos que tem uma liderança inscrita numa cultura de avaliação contínua e da procura de incidentes críticos no sentido da melhoria contínua do desempenho individual dos enfermeiros como se pode verificar ao relatar que *se não fizermos esta avaliação (...) sempre nos momentos que são necessários fazê-los, estas avaliações são apenas burocráticas. Assim, desta forma acho que tenho obtido resultados positivos no sentido de quando é necessário as pessoas melhorarem, elas conseguem melhorar (...) alguns já melhoraram muito em termos de relacionamento (...). Só desta forma é que eu entendo a avaliação de desempenho* E9. A ênfase na avaliação contínua foi, também, evidenciada por este enfermeiro ao mencionar que *acaba por ser uma avaliação contínua, porque ela já nos vai chamando à atenção sempre que é necessário sobre as coisas que a gente faz, que podíamos ter feito de outra maneira ou que podíamos evitar ter feito* E11.

Podemos constatar que a avaliação de desempenho tem um sentido de equidade e de justiça na medida em que reflecte um processo, optando por intervir no momento quando é identificado o incidente crítico, como foi evidenciado neste discurso: *A chefe tem uma coisa boa, se vir uma coisa mal ela chama a atenção na hora. Uma palavra mal dita, ou*

*assim. (...) ela está atenta e na altura ela chama a atenção E5. Verificámos que a dirigente **chama a atenção na hora do incidente**, denotando assertividade, dado que, o que tem para dizer diz na hora, não deixa passar para outro dia, conforme demonstra o seu discurso: *Quando eu acho que não estão bem, eu tenho que dizer (...) e depois amigos na mesma. Eu tenho que dizer as coisas naquela altura e não vou dizer por trás E9.**

Apesar de chamar a atenção no momento do incidente negativo este aspecto é valorizado pelos enfermeiros e interpretado como um factor de desenvolvimento profissional, conforme foi evidenciado por este enfermeiro ao referir que *como a enfermeira chefe fala pontualmente se calhar esses aspectos vão sendo resolvidos, vão sendo esbatidos (...). Esse feedback poderá ajudar o enfermeiro a desenvolver-se mais do que a avaliação ser só no fim dos 3 anos*” E2.

Mas, por outro lado, os enfermeiros também enfatizam a importância do **feedback positivo** na promoção do desenvolvimento das competências, como demonstram estes discursos: *A enfermeira chefe pode promover o desenvolvimento das competências relacionais dando feedback positivo aos enfermeiros, o que tem acontecido na avaliação de desempenho (...) e isso é gratificante E1.*

A ênfase nos pontos fortes dos subordinados é considerado por Mezomo (2001) como um factor de desenvolvimento pessoal e de satisfação profissional como é evidenciado nestes depoimentos: *Acho que o feedback positivo é sempre uma mais-valia para qualquer pessoa, porque se nós fazemos qualquer coisa bem, gostamos de ser reconhecidos como tal(...), às vezes é só preciso chegarem ao pé de nós, a nossa chefe, ou outros colegas e dizerem ‘parabéns por teres feito isto e aquilo’. Esse é um prémio que a gente recebe E11.* Outro enfermeiro acrescenta *que ela utiliza muito o reforço positivo mesmo que nos tenha de dizer alguma coisa que está menos bem, ela começa sempre por dar o reforço positivo e então dizer que há alguns pontos que não estão tão bem E2.*

Este facto remete-nos para a transformação de pessoas “normais” em pessoas excelentes através da utilização do elogio antes da correcção, sendo considerado um instrumento psicológico para obter melhor desempenho, constituindo um factor importante na arte de liderar. Segundo Almeida (1996), o elogio deve ser feito sempre que se destaca o bom desempenho, devendo este ser feito em público, como é o que acontece nesta unidade e é corroborado pelo discurso: *ela aproveita todos os bocadinhos que tem, mesmo até nas passagens de turno para nos dar os parabéns, o que é bom ouvir E2.* Esta estratégia de gestão também é convergente com a opinião de Ferreira (2008) ao referir que para que as

peças se sintam motivadas têm que sentir que fazem parte da organização, sendo para isso essencial que haja uma comunicação intra-equipa que facilite o *feedback* do trabalho realizado.

**O registo dos incidentes críticos** é outra estratégia utilizada e valorizada no sentido de permitir uma apreciação mais objectiva e justa do avaliado (Portaria nº 242/11 de 21 de Junho) e tornar o processo mais imparcial e facilitar a avaliação contínua como se pode verificar pelo seu discurso: *Tenho uma folha de cada um deles. Quando há algum incidente eu registo (...) e depois também vou avaliando se essa falha, ou o que aconteceu, se melhorou ou não depois dessa chamada de atenção. Vou escrevendo para quando fizer a avaliação final, me lembrar e ser a mais justa possível e (...) ser mais fácil a avaliação da evolução do desempenho* E9. O registo dos incidentes críticos foi, também, reforçado por este enfermeiro ao mencionar que *a chefe vai às vezes tirando algumas notas para depois, pontualmente, ir falando com as pessoas e se algum aspecto não está tão bem ela fala logo pontualmente com as pessoas* E2.

Apesar de se verificar que a dirigente se esforça por implementar o processo de avaliação de desempenho conforme o definido, no momento da colheita da informação (Decreto-Lei nº 437/91, de 08 de Novembro e no Despacho nº 2/93, de 30 de Março), no sentido de obter melhoria no desempenho individual dos enfermeiros, alguns enfermeiros não concordam com este processo, enfatizando o facto de esta não ter repercussões a nível da progressão na carreira, ou seja, devido à falta de **incentivos remuneratórios**, isto mesmo é ilustrado por este participante quando refere que *acho que as pessoas estão muito desmotivadas em relação há avaliação porque acham que não têm nada a ganhar com isso, ou seja, na nossa carreira estacionámos; não existem progressões. E portanto sentem um pouco um esforço inglório (...). Mas acho que poderia ser uma óptima ferramenta* E4.

### **Aprendizagem experiencial**

Esta dirigente apresenta uma perspectiva multifacetada da aprendizagem, compreendendo que a aprendizagem se faz através da **experiência concreta**, privilegiando as situações práticas como forma de aprendizagem (Kolb e Kolb, 2005; 2008), tendo como base as experiências vividas em detrimento da formação estruturada como foi verificado no estudo quantitativo, ao apresentarem um *score* mais baixo na conceptualização abstracta podendo significar que estes enfermeiros tiram pouco benefício deste tipo de formação (Kolb, 1984; Botelho, 1993), o que foi demonstrado nestes discursos: *Há muita noção da formação in*

*loco, não a formação formatada de sala de aula E4; de facto eu continuo a dizer que no dia-a-dia os doentes são os nossos formadores (...). A forma como é feito aqui o acolhimento ao doente, nunca vi em lado nenhum, aprendemos uns com os outros E1.*

A este propósito, Kolb e Kolb (2005, 2008) acrescentam que os contextos têm uma influência preponderante na forma como o indivíduo processa a informação, promovendo o desenvolvimento de determinadas competências e identidades sociais e profissionais congruentes com as características do meio. Neste serviço, dada a filosofia se centrar na humanização dos cuidados e a liderança ser centrada nas pessoas, verifica-se uma valorização das competências relacionais, como se apura neste discurso: *Aqui a componente relacional é muito valorizada, desde a chefe até aos colegas E6.* Outro enfermeiro acrescenta que *a chefe dá muita ênfase à componente relacional. O que por sua vez estimula os enfermeiros a valorizarem essa componente E2.* Estes dados são convergentes com a opinião de Kolb (1984), ao referir que o estilo de aprendizagem é condicionado e reforçado pelo uso repetido de determinadas competências típicas ou exigidas nesse contexto.

Por outro lado, as significações que damos às interações que estabelecemos funcionam como referenciais, como é demonstrado na análise do seu discurso: *Eu gostava muito da enfermeira chefe, foi uma das pessoas que eu projectei em mim, em termos com certeza do que eu sou hoje. Gostei muito em termos profissionais daquela chefe que eu tive e portanto isso de alguma forma me marcou. Depois, provavelmente, com as pessoas que nos dizem alguma coisa que nós vemos e nos relacionamos com essas pessoas e que com certeza projectamos naquela pessoa uma imagem que quisemos construir E9.*

Neste âmbito a aprendizagem pelos exemplos dos colegas são considerados determinantes para o desenvolvimento das competências relacionais dado que podem ser utilizados para aumentar a motivação (Mezomo, 2001) como se pode verificar neste discurso: *Eu não tinha, essas competências relacionais. Acho que aprendi muito com eles, não pela formação da instituição no geral mas pelos colegas. Eu acho que segui o exemplo deles E6.* Este depoimento está de acordo com Wittorski (1998) ao referir que as competências individuais constroem-se e mobilizam-se na interacção com o meio, encontrando-se na base das competências partilhadas, que são transmitidas de indivíduo para indivíduo através da demonstração ou explicação.

A aprendizagem por modelação é, também, evidenciada na fase de integração dos novos enfermeiros no serviço, dado que uma grande parte dos nossos comportamentos são

aprendidos no processo de socialização, através da observação e imitação de um modelo (Bandura, 1979), como podemos verificar nestes depoimentos: *o modo de funcionamento da equipa que permite uma modelação, dado que todos nós nos moldamos uns aos outros e exigimos um aperfeiçoamento cada vez maior* E10. *Porque um elemento quando chega a um serviço, vai recolher logo uma imagem do serviço. Se a imagem for boa e completa, o novo elemento segue aquelas estratégias e chega aos mesmos fins* E4. Outro enfermeiro acrescenta que *quando eles são integrados andam “atrás de nós”, acompanhando-nos, vêm como nós estabelecemos essa relação de ajuda e levamos a que eles procedam da mesma forma. Eu acho que acaba por ser mais isso. Inicialmente, como têm pelo menos um mês de integração, vêm as várias maneiras de interagir com o doente e acabam também por terem a mesma postura* E8.

Estes discursos remetem-nos para uma organização aprendente (Senge, 1990; Choo, 2003) que é reconhecida pelo entusiasmo dos seus colaboradores, o que de facto foi constatado tanto nas observações como nas entrevistas realizadas como foi enfatizado pela dirigente ao referir que *aprende-se (...) pela filosofia dos cuidados que está inerente à instituição e, depois, com a aprendizagem que cada um de nós faz quando nos integramos no serviço e depois é enraizada em cada um de nós* E9. Neste discurso é notório como a cultura da organização influencia as competências produzidas (Wittorski, 1998)

Verificámos que neste serviço também se valoriza a **observação reflexiva** como forma de aprendizagem (Kolb e Kolb, 2005; 2008), tendo como enfoque a reflexão sobre as práticas e a partilha no grupo no sentido de alcançar a qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Este facto foi confirmado no desempenho das suas funções e neste depoimento ao referir que *há reflexões que fazemos em conjunto na equipa, quando às vezes alguma coisa não corre tão bem e que se fala nas passagens de turno, se aquela situação perante aquela abordagem foi ou não a mais correcta. As pessoas reflectem um bocadinho mais friamente, cada um dá a sua opinião e chegamos à conclusão que com certeza naquela situação, aquela vivência não foi a mais correcta. Se nos acontecer uma segunda vez não vamos fazê-la porque essa memória ficou lá* E9. A aprendizagem através da reflexão na acção e sobre a acção (Schön, 2000; Santos, 2009) também é salientada pelos enfermeiros ao referirem que *acho que as passagens de turno são momentos formativos, de aprendizagem e de reflexão* E10.

No sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados verificámos que esta dirigente enfatiza a aprendizagem pelo erro através a análise sobre as causas raiz dos

problemas (*root cause analyses*), preconizada pela *Joint Commission*, no sentido de implementar melhorias para reduzir os problemas e monitorizar a eficácia de tais medidas. Constatámos que há uma cultura de não penalização pelo erro, mas sim de melhoria contínua para suprir o erro, como se pode verificar através do seu discurso: *Quando às vezes há falhas que são com vários elementos, aproveito as passagens de turno para reflectirmos em conjunto e melhorarmos o desempenho* E9.

A utilização destas estratégias foram confirmadas através da observação participante, durante as passagens de turno e nas acções de formações realizadas, tendo-se verificado uma postura de constante questionamento, de identificação do erro e de reflexão sobre como poderiam melhorar as práticas dos cuidados. O que está de acordo com Amendoeira quando nos diz que a reflexão a partir do processo de cuidados, tende a “criar conhecimento em conjunto, com resultado da interacção dinâmica entre as bases de conhecimento dos autores envolvidos” (2006, p. 12), o que é demonstrado, também, pela enfermeira chefe quando utiliza as reuniões de passagem de turno como uma estratégia para a reflexão conjunta da equipa, mencionando que *acho que é toda uma aprendizagem que fazemos em conjunto (...). Há aqui estes momentos de reflexão que fazemos para as pessoas pensarem e trocarmos ideias* E9.

Verificámos que esta dirigente incentiva a **partilha do conhecimento** como uma estratégia de desenvolvimento de competências relacionais dos enfermeiros utilizando a partilha das experiências na forma de actuação perante o doente e os elementos da equipa. Constatou-se que esta transferência do conhecimento sucede de forma natural no quotidiano através das conversas no corredor, nas pausas de café, nas passagens de turno, conforme discurso deste enfermeiro ao referir que as passagens de turno *são um momento em que nós partilhamos uns com os outros (...)* as nossas maneiras de actuar, maneiras de ser perante nós próprios e perante o doente E7. Estas estratégias expostas são consistentes com as referidas por Loureiro (2003) quando enfatiza que a melhor forma de transferir conhecimento de forma eficiente numa organização é contratar pessoas perspicazes e deixar que elas conversem entre si.

Verificámos que há a preocupação que a **formação seja contínua** e que vise a satisfação das necessidades dos profissionais da equipa, contribuindo para modificar o comportamento (Marquis e Huston, 2010) constituindo-se como um processo de desenvolvimento das pessoas, auxiliando-as a aprender produzindo resultados mais satisfatórios (Mezomo, 2001). O descrito é confirmado também no Código Deontológico

dos Enfermeiros, artigo 88º, na alínea c) ao prescrever que o enfermeiro tem o dever de manter a actualização contínua dos seus conhecimentos, dado que o “dever de actualização decorre do direito do cliente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios” (Nunes *et al.*, 2005, p. 137).

Para haver actualização contínua dos conhecimentos é necessário que a formação vá ao encontro daquilo que as pessoas têm mais dificuldade, sendo importante a realização de um diagnóstico das necessidades de formação, conforme demonstra este discurso: *Normalmente é feito um apanhado das necessidades do serviço, nós damos a nossa opinião para as formações que achamos pertinentes e necessárias e depois vão sendo feitas ao longo do ano* E7. Este aspecto é evidenciado também por este depoimento: *A chefe tenta saber em que é que as pessoas querem que se faça a formação em serviço, dado que, se for direccionada nesse aspecto, as pessoas vão-se sentir apoiadas no que precisam* E5.

Constámos que neste serviço é, também, dada ênfase à aprendizagem por **metodologia de projecto e à discussão em grupo** o que vem ao encontro de uma das sugestões apresentadas por Jesus (2006, p. 293) ao sugerir que os enfermeiros devem promover “o estudo e a discussão em grupo”, o que foi evidenciado neste discurso: *Temos de dar os parabéns à enfermeira chefe e ‘sub-chefe’ porque dinamizam isto e sempre que há necessidade de se discutirem alguns temas eles são discutidos, e fala-se o que se tem a falar, cria-se um grupo, discute-se faz-se uma acção de formação* E11.

Verificámos que neste serviço, também, é utilizada a metodologia de projectos de intervenção que têm por objectivo dar uma resposta específica a um problema identificado (Barbier, 1993). Esta autora refere que “a *démarche* de projecto está bastante divulgada e é até utilizada como instrumento de formação e de desenvolvimento”. Segundo esta autora também se aplica a muitas situações de resolução de problemas, de tomada de decisões, de descoberta de novas ideias.

Na realidade, neste serviço e na área da enfermagem, verificámos que existem várias iniciativas e actividades sob a designação de projectos, manifestando um dinamismo assinalável, como demonstra o discurso da dirigente: *é um trabalho acrescido mas é bom, quando se tem resultados, acho que é fundamental* E9.

Outro aspecto evidenciado é o empenhamento demonstrado no envolvimento da equipa na consecução dos projectos como foi revelado no seu discurso: *Quando foi feita a formação*

*para a CIPE para a formulação dos diagnósticos, houve muito trabalho de casa que foi feito. (...) foram dois anos de trabalho intensivo e as pessoas até se envolveram, porque será uma aposta para o futuro e também será motivo de orgulho para eles e sei que eles se revêem no projecto de uniformização dos registos de enfermagem E9.*

### **Liderança centrada no doente**

A liderança centrada no doente é importante para a definição da direcção da organização no sentido do desenvolvimento de uma cultura de qualidade, proporcionando cuidados excelentes e seguros, através da capacitação dos enfermeiros para implementarem iniciativas que melhorem os cuidados aos doentes (Hiscock e Shuldham, 2008). Constatámos que esta dirigente se preocupa com a forma como são prestados os cuidados, fazendo um acompanhamento contínuo dos enfermeiros e envolvendo-se na prestação directa dos cuidados, conforme foi constatado durante a observação participante e enfatizado pela líder quando refere que *gosto muito de estar com os doentes sem dúvida alguma, gosto de prestar cuidados, muitas vezes vou ajudar os colegas E9.*

Denota-se preocupação com a **satisfação das necessidades e expectativas dos doentes**, conforme foi manifestado neste discurso: *ela por exemplo passa na visita médica, ela própria vai conversando com os doentes e às vezes apercebe-se de alguma coisa que está menos bem e avisa quem está na sala. Muitas vezes vai-nos questionando se um doente não está bem (...) ela tenta-nos abordar e alertar, porque nós podemos não estar à alerta, naquele dia (...) e ela orienta-nos muito para os aspectos relacionais E2.*

É uma líder que se preocupa que os **cuidados** sejam **centrados nos doentes** criando as condições que dão suporte e voz às suas necessidades atendendo às suas reclamações e sugestões, enfatizando a qualidade dos cuidados prestados, conforme tivemos oportunidade de observar e é demonstrado no seu discurso: *Temos que nos pautar por aquilo que de melhor temos para quem nos procura (...) penso que temos de exigir das equipas para conseguirmos atingir o patamar de qualidade que queremos que o nosso hospital tem. Mas se não formos exigindo das pessoas elas vão estagnando E9.*

### **Criação das condições de trabalho**

Mas para se atingir o nível de qualidade desejada, os enfermeiros têm o direito a usufruírem de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito dos seus clientes a cuidados de enfermagem de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2003a). Neste serviço verificámos que, globalmente, os enfermeiros

reconhecem que existe preocupação na criação das condições físicas, nomeadamente através das **instalações adequadas** como foi evidenciado neste discurso: *A chefe esforça-se pelas obras, pinturas, quando há algum estrago, tudo isso é resolvido (...)* E1.

A preocupação com a criação de condições facilitadoras de um bom acolhimento dos doentes e família no ambiente hospitalar, promovendo a privacidade e o estabelecimento de uma relação empática foi, também, demonstrada na prática de gestão o que é evidenciado no seu discurso quando refere que *foi criado este espaço para o acolhimento aos doentes e família (...) e que permite ter alguma privacidade (...)*. Os enfermeiros encontram aqui um local privado em que podem acolher o doente e família E9. A criação do espaço físico para o acolhimento do doente e família, também, foi evidenciado por este enfermeiro ao referir que *o facto da enfermeira chefe ter disponibilizado um espaço próprio para o acolhimento ao doente denota preocupação por esta área* E1. Este aspecto foi, igualmente, enfatizado por este enfermeiro *temos um espaço próprio, foi criada uma sala de acolhimento que foi organizado pela enfermeira chefe. Isso já demonstra a sua preocupação nessa área* E3.

Estas estratégias são interpretadas, pelos enfermeiros, como promotoras de um ambiente facilitador do desenvolvimento de competências relacionais, conforme referenciado por este enfermeiro *o ambiente que encontrei aqui, é mesmo facilitador para que nós apostemos na área relacional* E8. Estes dados são congruentes com Mezomo (2001) ao referir que um dos factores imprescindíveis para o desenvolvimento pessoal e profissional é ter um “ambiente físico” adequado ao desempenho das funções e um “ambiente psicológico” baseado no respeito recíproco, pela informação, pelos valores éticos e pela confiança.

No âmbito da criação das condições de trabalho verificámos a preocupação da dirigente em manter uma **dotação segura** assente na evidência empírica gerada pelos indicadores, nomeadamente, através do Sistema de Classificação de Doentes (SCD), conforme foi observado e, também, foi evidenciado no seu discurso *Nós temos as equipas bem dotadas de acordo com as fórmulas e os cálculos (SCD)* E9. Este sistema de informação utilizado nesta instituição, e neste serviço, tem como grande finalidade produzir indicadores que permitem calcular o número de enfermeiros que, em cada momento, são necessários para prestar cuidados de enfermagem de acordo com o padrão de qualidade definido. Mas como sabemos, dada a intangibilidade dos cuidados de enfermagem não existem fórmulas

ideais para determinar com exactidão quais são as dotações seguras, dado que são muitas as variáveis a ter em consideração (Parreira, 2005).

Verificámos nesta dirigente uma grande preocupação em dotar a equipa dos recursos humanos indispensáveis à satisfação das necessidades dos doentes como é evidenciado no seu discurso: *Sempre que alguém sai tem que ser substituído como é óbvio (...). Tenho uma preocupação constante* E9. Esta preocupação com a dotação segura, no sentido de proporcionar condições adequadas para a prestação de cuidados com qualidade é confirmada pelos enfermeiros ao referirem que *em termos de gestão verifica-se uma preocupação com a dotação segura, e que se não for tida em conta pode ter interferências graves em termos do estabelecimento da relação de ajuda* E4. De facto, verificámos a preocupação para que o tempo disponível seja adequado às necessidades da pessoa cuidada, o que é evidenciado neste depoimento *ela preocupa-se para termos uma dotação adequada para termos tempo e disponibilidade para a prestação dos cuidados* E1. Esta disponibilidade para estar com os doentes foi evidenciada, também neste discurso: *A dotação adequada é importante, porque se não houverem enfermeiros não há tempo para estar com os doentes. Eles só fazem a parte técnica e depois descutam a outra parte* E5.

O tempo disponível foi identificado como sendo muito importante para prestação de cuidados com qualidade, mas, também foi evidenciado que nem sempre é o adequado para as necessidades dos doentes como denota este discurso: *Às vezes sinto que um doente precisa de um tempo específico e se o dou vai-me entrar em falência no resto das actividades que eu tenho para fazer (...) é muito complicado podermos dar tempo de qualidade* E4. O tempo disponível para a prestação dos cuidados deve ser tido em conta, dado que, também é considerado um factor fundamental para o desenvolvimento pessoal de cada um como pessoa e como profissional (Mezomo, 2001).

Na elaboração dos horários verifica-se que a dirigente demonstra ter preocupação com a dotação segura, tanto no número de enfermeiros, como no sentido da complementaridade das suas competências, para proporcionar uma prestação de cuidados de qualidade como foi evidenciado no seu discurso: *Tenho alguns condicionantes (...) não posso colocar determinados elementos todos de tarde, porque já sei que não vai funcionar muito bem, e tenho que equilibrar tudo isto (...). É preciso manobrar muito os horários tirar daqui e meter além, tirar nas tardes para meter nas manhãs (...) e muitas vezes quando há atestados, filhos, etc., tenho que alterar os horários e é muito complicado estar a arranjar pessoal ali há última da hora* E9. Deste discurso emerge a preocupação em colocar o

profissional certo no local certo, denotando um conhecimento do desempenho individual de cada profissional.

### **Método de organização dos cuidados centrado no doente**

Verificámos através da observação participante que o método de organização dos cuidados, adoptado neste serviço, tem subjacente uma filosofia de cuidar (Parreira, 2005) inscrevendo-se no método de enfermeiro de referência ou enfermagem primária, visto que se verifica uma grande preocupação na **continuidade dos cuidados**, através da manutenção do mesmo enfermeiro desde a entrada do doente até à sua alta, assumindo a responsabilidade do planeamento e prestação de cuidados holísticos aos doentes a eles designados durante a sua permanência na instituição (Marquis e Huston, 2010), conforme discurso da dirigente: *Quando os enfermeiros estão vários turnos seguidos procuro que eles estejam com os mesmos doentes, porque planeiam os cuidados para o dia seguinte e portanto conhecem os doentes e os procedimentos que foram feitos ou que é preciso fazer... Os enfermeiros prestam os cuidados na totalidade desde a entrada até à alta* E9. Esta dirigente enfatiza o facto deste método promover uma maior confiança do doente, facilitar um maior conhecimento do doente promovendo o estabelecimento de uma relação terapêutica como se pode verificar no seu discurso: *Quando é o mesmo enfermeiro o doente ganha uma certa confiança e sente-se mais à vontade para exprimir os seus problemas, os seus anseios, as suas dúvidas, do que se andar constantemente a mudar. Portanto a parte relacional é muito mais positiva, eles são muito mais capazes de estar perante nós e de expor os problemas do que se andarmos constantemente em mudança. E para o enfermeiro permite conhecer o doente para cuidar com mais facilidade dele, em todas as vertentes* E9. Este discurso está de acordo com o referido por Lopes (2006b, p.332) ao destacar que na organização das actividades de enfermagem é importante criar “um sistema que permita a personalização e a continuidade da relação”.

Os enfermeiros enfatizam, também, o facto de proporcionar a **prestação de cuidados holísticos** e facilitar um melhor planeamento da alta envolvendo a família ao referirem que *um enfermeiro fica distribuído por aquele determinado número de doentes e presta-lhe os cuidados globais* E3, *os cuidados são mais individualizados, são mais direccionados ao utente e família e tenta-se conhecer as dificuldades (...) para que se possa preparar e planear a alta de uma forma integrada e completa desde o acolhimento* E10.

A vantagem deste método reside no atendimento holístico proporcionado por um trabalho consistente e directo ao doente prestado por um número reduzido de pessoas (Marquis e

Huston, 2010) o que, também, foi valorizado por este enfermeiro ao relatar que *se quisermos ver o doente de forma holística, só com cuidados individualizados, em que o enfermeiro é responsável pelo doente durante o turno em todas as suas vertentes* E4.

A promoção do conhecimento dos actores envolvidos, a continuidade dos cuidados com assistência personalizada e uma maior eficácia na avaliação dos cuidados prestados foram, também, aspectos evidenciados por este enfermeiro ao referir que *o enfermeiro deve estar com os mesmos doentes pelo menos uma semana (...) Porque há um maior conhecimento de parte a parte e há uma continuidade de cuidados e há uma avaliação diferente feita pela parte do profissional* E4.

Um outro aspecto chave da metodologia da prestação dos cuidados utilizado neste serviço foi a promoção da interacção enfermeiro/doente durante as horas de trabalho que o enfermeiro presta atendimento integral a esses doentes, designando-se de enfermagem baseada nas relações (Marquis e Huston, 2010), como foi evidenciado nestes depoimentos: *Com este método promove-se mais o relacionamento* E3. *A interacção com o doente é mais fortificada e também temos mais possibilidade de o conhecer melhor. (...) Sem dúvida que para se estabelecer uma relação de ajuda facilita muito mais. Andar sempre a trocar o elemento não é bom nem para um nem para outro* E4. Dada a proximidade das relações que se estabelecem entre o enfermeiro, os doentes e familiares pode ser percebido como positivo ou negativo para ambas as partes, conforme o discurso seguinte: *acho que facilita a relação com o doente. Pode ser positivo tanto para o enfermeiro como para o doente, mas também pode ser negativo, depende do enfermeiro e do doente* E7. *Pode ser facilitador para o doente, porque ajuda a estabelecer um maior contacto e um maior conhecimento entre ambos e nós ficamos mais alerta e podemos aprofundar um bocadinho mais estando sempre com o mesmo doente* E8. Por outro lado, também, aumenta o grau de satisfação no trabalho dado que os enfermeiros sentem-se desafiados e recompensados (Marquis e Huston, 2010). Mas por outro lado, também pode ser negativo pelo facto *de ser mais desgastante para o próprio enfermeiro que está com esses doentes durante mais dias* E2.

Este método pode ser negativo para ambas as partes se os enfermeiros não demonstrarem competências ou a dotação de pessoal não for adequada para assumir tais actividades e responsabilidades (Marquis e Huston, 2010). Mas neste serviço verificámos que existe preocupação na **adequação do método de trabalho** às necessidades dos doentes e dos enfermeiros tendo em consideração as competências e disponibilidade dos enfermeiros, as

condições do doente, bem como a natureza dos cuidados a serem prestados (Marquis e Huston, 2010) como se pode verificar no seu discurso: *Quando (...) os doentes são muito dependentes e os enfermeiros ficam cansados, ou porque os aspectos emocionais daquele doente interferiram com aquele enfermeiro e ele até me pediu que não o colocasse naquela sala por um motivo ou outro. É nessa procura que normalmente faço essas distribuições, outras vezes pelas qualidades de cada enfermeiro coloco-os com determinados doentes* E9. A este propósito, Hesbeen considera que o enfermeiro chefe pode desenvolver “múltiplas acções”, como por exemplo “organizar o serviço de modo a adequá-lo à vida da equipa e da sua actividade (2000, p. 112).

Sintetizando, as estratégias de gestão que emergiram como sendo promotoras do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda foram o facto de esta dirigente desempenhar uma liderança paradoxal, dado mesclar e equilibrar globalmente os diferentes papéis de liderança (Quinn *et al.*, 2003), ter uma perspectiva multifacetada da aprendizagem, ser capaz de compreender o enfermeiro nas suas várias dimensões e demonstrar uma grande preocupação com a qualidade dos cuidados prestados ao doente e família.

Relevamos a categoria gestão centrada nas pessoas, pela sua elevada expressividade nos dados colhidos o que denota a valorização dada pelos enfermeiros a esta estratégia de gestão. Nesta categoria foi evidenciado o estabelecimento de uma relação de ajuda, de confiança e abertura, assim como o respeito pela individualidade do enfermeiro. A preocupação da dirigente em envolver os enfermeiros na gestão do serviço, no sentido de haver uma maior participação e responsabilização; o fomento da satisfação dos profissionais; a ênfase nos pontos fortes; a promoção da comunicação intra-equipa; a coesão e o trabalho em equipa e a gestão construtiva dos conflitos foram estratégias de gestão que emergiram dos discursos dos enfermeiros. Estes dados estão em consonância com a opinião de Quinn *et al.* (2003) ao referir que quando o líder se dedica ao desenvolvimento das pessoas mediante a orientação cuidadosa e empática contribui para aprimorar competências e o desenvolvimento individual dos liderados.

A forma como é realizada a integração dos enfermeiros neste serviço foi também uma das estratégias de gestão evidenciada como facilitadora do desenvolvimento de competências relacionais. Os aspectos mais valorizados pelos enfermeiros foram a forma como o acolhimento é realizado pelos enfermeiros e pela enfermeira chefe, a ênfase dada à

componente relacional na prestação dos cuidados assim como a orientação tutorial proporcionada aos enfermeiros.

A aprendizagem experiencial foi outra estratégia de gestão valorizada pelos enfermeiros, designadamente, a aprendizagem a partir de exemplos onde estejam envolvidos, ou em grupos de trabalho onde é realizada a reflexão sobre as práticas e a discussão com os seus colegas. Estes dados estão de acordo com os resultados obtidos no estudo quantitativo em que os enfermeiros apresentam um *score* mais elevado na experiência concreta e experimentação activa, denotando uma tendência para serem empáticos e orientados para os outros (Kolb, 1984; Botelho, 1993, Kolb e Kolb 2005, 2008).

A avaliação do desempenho é utilizada e interpretada como um processo de desenvolvimento do indivíduo, promovendo a melhoria do capital intelectual da organização (Parreira, 2005). Neste processo emergiram como estratégias facilitadoras do desenvolvimento individual a valorização dos incidentes críticos, o reforço positivo, a avaliação contínua e o acompanhamento dos enfermeiros na prática da prestação dos cuidados. Verificámos que o acompanhamento por parte da dirigente e a correcção no momento do incidente negativo é valorizado pelos enfermeiros e interpretado como um factor de desenvolvimento profissional.

A criação de condições de trabalho, nomeadamente, através das instalações adequadas e da dotação segura, e a implementação do método de organização de cuidados centrado no doente tendo subjacente a filosofia de cuidar foram, também, estratégias interpretadas pelos enfermeiros como promotoras de um ambiente facilitador do desenvolvimento de competências relacionais.

## CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES

Neste capítulo apresentamos os principais resultados obtidos nas duas fases da investigação. Começamos por apresentar os resultados obtidos na primeira fase da investigação (estudo com abordagem quantitativa) que tinha como objectivos avaliar as propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados, identificar o nível de competências relacionais de ajuda dos enfermeiros e analisar as variáveis que as influenciam.

Apresentamos de seguida os principais resultados obtidos no estudo de caso, realizado na segunda fase da investigação, que teve como objectivo compreender o contributo das estratégias de gestão utilizadas pelo enfermeiro chefe no desenvolvimento das competências relacionais de ajuda dos enfermeiros.

Finalizamos com os principais contributos deste estudo, as limitações da investigação efectuada e as perspectivas de investigação futura.

### 5.1 – PRINCIPAIS RESULTADOS DOS ESTUDOS REALIZADOS NA PRIMEIRA FASE DA INVESTIGAÇÃO

A análise dos resultados do primeiro estudo, dedicado à adaptação e validação dos instrumentos utilizados na nossa pesquisa, evidenciou propriedades psicométricas adequadas sendo considerados instrumentos válidos para a prossecução do estudo quantitativo.

Quanto às características sociodemográficas, dos 690 enfermeiros, 81,6% são do sexo feminino, 46,2% detêm a categoria profissional de enfermeiro, com uma idade média de 34,56 anos, uma antiguidade média na profissão de 11,88 anos de profissão e a exercerem funções na actual unidade de cuidados há 7,58 anos.

Na análise descritiva dos níveis obtidos para as **competências relacionais de ajuda**, constatámos que os enfermeiros percebem um maior nível de competências na dimensão “competências genéricas” e um nível mais baixo nas “competências de

contacto”. Estes resultados, segundo Ferreira, Tavares e Duarte (2006), assinalam uma maior orientação para os conhecimentos, em detrimento das habilidades ligadas ao toque, ao olhar, às distâncias, às posições físicas, à escuta e aos meios de comunicação. Os valores mais baixos nas “competências de contacto” podem indiciar uma protecção e fuga à intimidade do doente conduzindo a uma relação mais superficial e de não comprometimento (Chalifour, 2007). Estes dados sugerem que os enfermeiros necessitam de melhorar, continuamente, as diversas dimensões da relação da ajuda, especialmente o uso do corpo como ferramenta terapêutica (Simões e Rodrigues, 2010).

Acerca do contributo das variáveis sociodemográficas; como o sexo, a idade, os anos de profissão, o tempo no actual serviço e a categoria profissional; os resultados indiciam que ser enfermeira, ter mais idade, possuir mais experiência profissional e formação especializada pode repercutir-se num maior desenvolvimento de competências relacionais de ajuda. Estes dados estão em consonância com os obtidos por Benner (2005) ao enfatizar que a experiência profissional adquirida ao longo do tempo permite um melhor relacionamento com o utente facilitando o cuidar.

Quanto ao desempenho dos **papéis de liderança**, os *scores* obtidos indiciam competências por parte destes dirigentes. O perfil de liderança percebido pelos liderados destaca os papéis de produtor e director, com uma configuração deslocada para o foco do controlo. O papel de facilitador foi percebido com menor ênfase, significando que os dirigentes tendem a focalizar-se nos papéis relacionados com o controle dos processos e com a produtividade, ao invés dos papéis relacionados com as relações humanas.

Quanto ao desempenho expectável dos papéis de liderança, os valores são mais elevados em todos os papéis, indiciando um nível elevado de exigência dos enfermeiros. As expectativas dos enfermeiros liderados destacam o papel de director e os papéis do modelo das relações humanas, o que pode indiciar a necessidade dos enfermeiros terem um líder que enfatize o planeamento e o estabelecimento de metas mas, também, que seja um mentor empático e um facilitador centrado nos processos (Quinn *et al.*, 2003).

A diferença obtida entre a liderança percebida e a expectável evidenciou um maior *gap* no papel de facilitador. Estes resultados sugerem a necessidade dos dirigentes desenvolverem competências que contribuam para a gestão de conflitos interpessoais e promovam a coesão e o trabalho em equipa. Estas competências são ainda mais relevantes no contexto actual de reestruturação dos cuidados de saúde e racionalização dos recursos

humanos e materiais, que podem originar grandes níveis de conflitualidade no seio das equipas de saúde.

Relativamente à percepção da liderança em função das variáveis sociodemográficas verificou-se uma relação positiva da idade dos enfermeiros, da experiência profissional e da categoria profissional com o desempenho dos papéis de liderança, denotando uma maior valorização das competências dos enfermeiros chefes. Estes dados podem justificar-se através da experiência profissional e formação que os enfermeiros adquirem com o decorrer dos anos, o que lhes permite compreender melhor a complexidade da liderança. Estes resultados podem indicar diferentes necessidades para distintos estádios de desenvolvimento dos profissionais, pelo que o líder para ser eficaz deverá estar atento às reais necessidades dos seus colaboradores e adequar o desempenho dos diferentes papéis de liderança à maturidade e ao nível de desenvolvimento dos liderados (Hersey, Blanchard e Johnson, 2007).

Os resultados da relação existente entre a percepção dos papéis de liderança e as dimensões das competências relacionais de ajuda indicam uma associação positiva entre a percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros chefes e o nível de competências relacionais de ajuda, indiciando a relevância que a liderança pode ter no desenvolvimento dos seus liderados.

Quanto aos **modos de aprendizagem** verificámos que os enfermeiros denotam uma orientação para a aprendizagem pela acção baseada na experimentação, significando que estes enfermeiros aprendem melhor em situações de aprendizagem activa. O modo de aprendizagem “experiência concreta” apresentou *scores* médios mais baixos, podendo indiciar que os enfermeiros preferem a abordagem abstracta em relação à abordagem concreta, tornando-os menos vocacionados para o relacionamento com as pessoas (Kolb e Kolb, 2005, 2008).

Neste sentido, torna-se importante repensar o modelo de desenvolvimento profissional, privilegiando a aprendizagem concreta, dado que, os estudos demonstram que os enfermeiros com *scores* mais elevados nesta forma de aprendizagem têm tendência para serem empáticos e orientados para os outros (Kolb e Kolb, 2005, 2008).

A análise dos resultados das **variáveis predictoras** do desenvolvimento de competências relacionais de ajuda evidenciou que o “papel de monitor” tem poder explicativo nas competências genéricas, de comunicação e de contacto; e o “papel de facilitador” nas

competências empáticas. Quanto aos modos de aprendizagem, só a “experiência concreta” demonstrou poder explicativo para as “competências de contacto” conjuntamente com o “papel de monitor”. Estes resultados parecem indicar que os líderes devem centrar-se nas pessoas através de uma orientação empática, fomentando a aprendizagem através da partilha e da discussão tendo por base as experiências vividas mas, ao mesmo tempo, devem monitorizar os processos com o objectivo de determinar se os liderados estão a cumprir os critérios definidos.

## **5.2 – PRINCIPAIS RESULTADOS OBTIDOS NA SEGUNDA FASE DA INVESTIGAÇÃO – ESTUDO DE CASO**

O estudo de caso foi realizado na unidade de saúde que apresentou um maior nível de competências relacionais de ajuda. Para uma melhor compreensão dos achados, iremos dar resposta a cada uma das questões de investigação formuladas nesta segunda fase da investigação.

Quanto ao **nível de competências relacionais de ajuda** percebido pelos enfermeiros, os resultados obtidos indicam uma percepção elevada, com predominância das “competências de contacto”, denotando que estes enfermeiros valorizam as habilidades ligadas ao toque e às distâncias.

O **modo de aprendizagem predominante** nos enfermeiros desta unidade de saúde é a “aprendizagem concreta”, significando que estes enfermeiros privilegiam as situações de aprendizagem onde é dada ênfase à partilha e discussão das experiências vividas, levando-os a interessarem-se pelos outros e a enfatizarem a relação interpessoal estabelecida com as pessoas (Abreu, 2001; Kolb e Kolb, 2005, 2008).

Relativamente à percepção dos enfermeiros sobre o **desempenho dos papéis de liderança** da enfermeira chefe desta unidade de saúde, os resultados indicam a percepção de uma liderança eficaz, dado haver reconhecimento por parte dos liderados no desempenho de todos os papéis de liderança, verificando-se uma predominância dos modelos das metas racionais e das relações humanas. Estes resultados indicam uma liderança paradoxal, visto serem valorizados os dois modelos opostos: o modelo das metas racionais que enfatiza a produtividade e a produção de resultados e o modelo das relações humanas que tem como valores centrais a participação, a resolução de conflitos e a construção de consensos.

Quanto à **concepção de “Ser enfermeiro”**, da análise dos discursos sobre as razões da opção pelo curso de enfermagem e da opinião acerca do que é “ser um enfermeiro de excelência”, emergiram diferentes concepções, umas construídas socialmente, outras através da formação e outras nos vários contextos onde estes enfermeiros foram desenvolvendo a sua actividade profissional.

Para os nossos participantes, ser um enfermeiro de excelência é cuidar estabelecendo uma relação de ajuda e de confiança, promovendo a privacidade, prestando cuidados holísticos, tendo como foco de atenção o ser humano, comunicando com humor terapêutico; e exercer uma profissão autónoma com conhecimentos técnicos e científicos.

Verificámos que o conceito de cuidar é central tanto para a enfermeira chefe como para os restantes enfermeiros da equipa. Constatámos, pela expressividade dos dados, que a subcategoria mais valorizada foi o estabelecimento da relação de ajuda. Salientamos, ainda, outras subcategorias onde se vislumbram alguns pressupostos que orientam o cuidar em enfermagem como a prestação de cuidados holísticos, o estabelecimento de uma relação de confiança e a privacidade.

Quanto à **importância atribuída às competências relacionais de ajuda** na prestação dos cuidados, verificámos que para estes enfermeiros estas competências têm impacto na qualidade da prestação dos cuidados e na visibilidade desses mesmos cuidados. Na qualidade dos cuidados, por proporcionarem bem-estar físico e psicológico e a satisfação dos doentes; na visibilidade dos cuidados de enfermagem, através da prática das intervenções autónomas e da elaboração dos respectivos registos.

Quanto aos **contributos identificados pelos enfermeiros como sendo promotores do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda**, verificámos que foram enfatizadas as características pessoais do indivíduo, nomeadamente, a motivação, a disponibilidade, a maturidade e a auto-estima. Foram também identificados outros contributos como a aprendizagem realizada ao longo da vida e a formação profissional obtida em contexto académico; a experiência profissional adquirida ao longo do tempo em contextos facilitadores e a segurança em relação ao futuro profissional. Estes dados estão em consonância com a opinião de Le Boterf (2002) ao defender que a operacionalização das competências é resultante das qualidades pessoais, da experiência, da formação e das condições nas quais ele se encontra em situação de trabalho.

As **estratégias de gestão que emergiram como sendo promotoras do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda** foram: desempenhar uma liderança paradoxal centrada nas pessoas, mas também nos papéis de direcção e no fomento de um trabalho produtivo, na monitorização e no controlo dos processos. Estes resultados parecem indicar a importância do equilíbrio e diferenciação no desempenho global dos papéis de liderança, satisfazendo as necessidades dos profissionais, contribuindo para aumentar os níveis de confiança organizacional (Parreira, 2006) e concorrendo para o desenvolvimento de competências baseadas nessa relação de confiança (Farrel *et al.*, 2005).

Verificámos que a liderança desta dirigente é centrada nas pessoas, tendo sido demonstrado através da relação de ajuda estabelecida com os enfermeiros, da gestão com equidade e justiça, pelo envolvimento dos enfermeiros nos projectos e na gestão participativa, na preocupação com a individualidade do enfermeiro e com a sua satisfação profissional. Estes resultados reforçam a ideia de que o líder, para poder obter eficiência e eficácia no processo de liderança, deve tratar cada membro da equipa de enfermagem como um ser único, dotado de capacidades e dificuldades, sendo, para isso, fundamental conhecer as suas necessidades e expectativas pessoais e profissionais, alinhando com a tendência actual defendida por alguns autores em “administração com pessoas” (Hersey, Blanchard e Johnson 2007; Chiavenato, 2009; Drucker, 2009). Esta tendência visa romper com os paradigmas tradicionais da administração, passando a dar mais ênfase ao capital humano das organizações, dado considerar que a melhor forma do dirigente estimular os seus funcionários é considerá-los como peças fundamentais para alcançar os objectivos desejados (Hersey, Blanchard e Johnson, 2007).

Constatámos que perante situações de conflito desempenha o papel de facilitador (Quinn, *et al.*, 2003) procurando detectar precocemente os problemas e resolvê-los recorrendo a estratégias construtivas de gestão de conflitos através da utilização de uma comunicação assertiva, favorecendo a reflexão e a discussão como meios para alcançar o consenso e o compromisso. Este tipo de estratégias utilizadas na resolução dos conflitos, demonstrou ter um papel activo na procura de uma solução para o conflito, para além de permitir desenvolver atitudes de reflexão e consciencialização incrementando o desenvolvimento de competências (Costa, 2003).

Verificámos que a dirigente, apesar de utilizar estratégias de liderança centradas nas pessoas preocupa-se em fomentar um ambiente de trabalho produtivo, assente numa missão explícita e bem divulgada, liderando através do exemplo e da criação de estratégias de

motivação e de compensação pelos esforços dispendidos pelos enfermeiros através do *feedback* positivo. Este reconhecimento por parte da dirigente é entendido como promotor do desenvolvimento das competências relacionais nestes enfermeiros, o que está de acordo com o modelo de Wittorski (1998) ao defender que o desenvolvimento de competências é o resultado da negociação e do reconhecimento pelos actores no contexto de trabalho.

Esta dirigente, no desempenho das suas funções de gestão, atribui grande importância ao cumprimento das normas que estão definidas, denotando uma liderança também centrada no controlo, ao reconhecer que o processo de acreditação da instituição tem como objectivos a excelência dos cuidados prestados.

Esta excelência na prestação dos cuidados é conseguida através do processo de integração dos enfermeiros recém-chegados que envolve acolhimento, planeamento, organização e avaliação, na qual é reforçada a filosofia da humanização dos cuidados prestados e promovida a autodeterminação dos enfermeiros. Este processo de integração é norteado por uma avaliação contínua no sentido da melhoria do desempenho individual, sendo utilizadas como estratégias a valorização dos incidentes críticos e a orientação tutorial por um enfermeiro perito, no sentido de facilitar a integração e a interiorização da cultura organizacional.

Verificámos que o acompanhamento dos enfermeiros pela dirigente na prática da prestação dos cuidados e a correcção no momento do incidente crítico são valorizados pelos enfermeiros e interpretados como um factor de desenvolvimento das competências relacionais de ajuda, denotando uma cultura de não penalização pelo erro. Esta liderança desenvolvida através do exercício da prática dos cuidados, permitindo uma sistemática atitude pedagógica e de supervisão, também foi identificada, no estudo desenvolvido por Lopes (2006b), como facilitadora de um ambiente relacional propício ao desenvolvimento de competências de relação.

Pode-se considerar que é uma organização aprendente que é reconhecida pelo entusiasmo dos seus colaboradores no envolvimento em novas experiências, sendo valorizada a partilha e a discussão entre os membros da equipa como forma de aprendizagem (Sengue, 1990; Choo, 2003; Kolb e Kolb, 2008).

Constatámos que existe um alinhamento da liderança intermédia com a liderança de topo, permitindo que a missão e visão da instituição sejam incorporadas na prática dos cuidados através de algumas estratégias de gestão como: a criação de condições de trabalho

favoráveis ao desenvolvimento dos profissionais, nomeadamente na dotação adequada de recursos humanos e materiais; a adopção do método de organização dos cuidados centrado no doente e a preocupação na adequação do método à satisfação das necessidades dos doentes e dos enfermeiros; a motivação e estímulo para os profissionais se sentirem parte integrante de uma instituição acreditada.

Podemos concluir que este contexto reúne um conjunto de condições (contextuais, características pessoais e profissionais dos enfermeiros e dos doentes) favoráveis ao desenvolvimento de competências relacionais, o que está de acordo com os resultados obtidos por Lopes (2006b).

### **5.3 – CONCLUSÕES CONVERGENTES E SUGESTÕES**

Verificámos, de uma forma global, uma congruência dos resultados obtidos nas duas fases da investigação, confirmando-se um contributo positivo das variáveis estudadas no desenvolvimento das competências relacionais de ajuda nos enfermeiros.

Na primeira fase da investigação, os resultados indicaram um nível elevado de competências relacionais de ajuda, verificando-se um nível mais elevado nas competências genéricas e menor nas competências de contacto. Na segunda fase da investigação (estudo de caso), o nível de competências relacionais de ajuda foi globalmente mais elevado do que na primeira fase de investigação, tendo-se destacado as competências de contacto, apontando para um predomínio das competências ligadas ao toque terapêutico e às distâncias estabelecidas com o utente, alinhando-se com os resultados da observação participante e das entrevistas ao enfatizarem estas competências, tanto na concepção que têm sobre o que é ser um enfermeiro de excelência, como na prestação dos cuidados.

Nas duas fases da investigação os resultados apontam para uma liderança eficaz, designadamente pelo reconhecimento, por parte dos enfermeiros, no desempenho de diferentes papéis de liderança, verificando-se convergência na predominância do modelo das metas racionais. Na segunda fase de investigação, os liderados denotam uma maior valorização das competências de liderança e um perfil de liderança paradoxal, dado que, são enfatizados os dois modelos opostos, metas racionais e relações humanas.

Os papéis de liderança mais focados nos processos internos da organização (monitor e facilitador) através da aprendizagem concreta evidenciaram ter um impacto positivo no desenvolvimento das competências relacionais de ajuda. Os resultados parecem indicar que os líderes devem centrar-se nas pessoas, promovendo a coesão e o espírito de grupo e a aprendizagem através da partilha e discussão das experiências vividas, mantendo, simultaneamente, as normas e a sua monitorização.

A liderança centrada nas pessoas emerge como estratégia de gestão de elevada importância promotora de resultados de excelência, contribuindo para a criação de um clima de trabalho mais produtivo, propiciando um melhor desempenho dos seus profissionais (Drucker, 2009).

Relativamente à aprendizagem, verificámos que os pressupostos mencionados por Kolb e Kolb (2005) na teoria da aprendizagem experiencial foram identificados nos estudos realizados dado que o contacto directo com a realidade (experiência concreta) mediado pela observação e reflexão conduziu à formação de teorias lógicas, as quais, por sua vez, levaram à aplicação prática das suas implicações em novas situações (Alarcão, 2001).

Neste estudo foi evidenciado que a aprendizagem concreta facilita o desenvolvimento das competências de contacto, considerada fundamental na *práxis* de enfermagem. Estes resultados levam-nos a reflectir sobre a necessidade de se promover este modo de aprendizagem, através da partilha e discussão entre pares tendo como base as experiências vividas, dado potenciarem, por via da riqueza das interacções, a produção de saberes promovendo o desenvolvimento de competências (Wittorski, 1998). A este propósito, Davenport e Prusak (1998) acrescentam que um dos elementos considerados fundamentais para a gestão do conhecimento é o desenvolvimento de estratégias específicas para incentivar trocas espontâneas de conhecimento. No entanto, sucede com frequência que os profissionais ficam submersos no trabalho e sem tempo para colocarem em prática esta troca de conhecimentos. Neste sentido, Bukowitz e Williams (2002) advertem que é fundamental que os dirigentes criem condições de trabalho para a partilha de conhecimento, o que pareceu acontecer neste estudo, tanto nas passagens de turno e nas acções de formação realizadas em serviço, bem como nos momentos informais, verificando-se que estas estratégias têm tido repercussões quer a nível do desenvolvimento individual dos enfermeiros e da equipa de enfermagem quer a nível da prestação dos cuidados de qualidade.

Os resultados desta investigação evidenciam um contributo positivo das estratégias de gestão no desenvolvimento das competências relacionais de ajuda. No entanto, consideramos que a implementação destas estratégias requer competências de liderança bem desenvolvidas onde a visão, a capacidade de inspirar os outros, de implementar a mudança e de permitir que os outros se desenvolvam, se afirme (Burns, 2003). Devem, ainda, ser capazes de prever e de se adaptar, de forma proactiva, a um sistema de saúde caracterizado por ambientes altamente complexos, dinâmicos, imprevisíveis e sujeitos a grandes mudanças, sendo fundamental que os líderes de enfermagem desenvolvam um conjunto de competências para poderem intervir adequadamente nos processos políticos (Huston, 2008).

As estratégias de gestão e a forma como são implementadas em cada instituição/serviço podem não ser iguais. Elas devem resultar da conjugação de factores externos e de condições internas que caracterizam cada situação em particular. Assim, em cada equipa de saúde, cada dirigente deve implementar as estratégias de gestão mais adequadas ao estágio de maturidade dos profissionais que constituem as suas equipas. Mas para a implementação destas estratégias é fundamental criar condições aos dirigentes no sentido de promover o desenvolvimento de competências de gestão e de liderança para permitir o sucesso das organizações num contexto globalizado e intensamente competitivo requerendo uma gestão mais moderna, eficiente e eficaz (Chiavenato, 2004b).

#### **5.4 – LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO**

Previamente à apresentação das perspectivas de investigação futuras, consideramos importante mencionar algumas limitações dos estudos efectuados, apesar de algumas delas terem sido compensadas com o tipo de opções metodológicas e sua triangulação.

Entre as limitações, identificámos em primeiro lugar as fragilidades inerentes ao modo como foi obtida a amostra, dado esta ter sido condicionada, em primeiro lugar, pela aceitação por parte dos conselhos de administração das instituições de saúde, em segundo lugar pelo envolvimento e motivação dos enfermeiros em participar no estudo, o que consideramos poder ser um obstáculo à representatividade da população em estudo. Adverte-se, assim, que apesar da taxa de respostas ser elevada para este tipo de estudos,

nem todos os enfermeiros pertencentes a estas unidades de saúde e centros de saúde participaram no estudo.

No entanto, e apesar desta limitação, a dimensão da amostra revelou-se adequada à utilização dos testes estatísticos, satisfazendo os critérios dos autores mais exigentes; em particular, relativamente à análise factorial, Bryman e Cramer (1992) preconizam um mínimo de cinco indivíduos por cada item para que se produza uma solução confiável de factores.

Uma outra limitação prende-se com o facto da recolha de informação, relativa à variável independente e dependente, ser efectuada pelos mesmos respondentes e ser baseada nas suas percepções.

Dadas as limitações em termos da dimensão temporal, a realização do estudo de caso foi circunscrita a apenas uma unidade de cuidados pertencente a uma instituição de saúde, podendo ter conduzido a algum viés na colheita da informação. Teria sido importante realizar um estudo de caso múltiplo, que para Yin (2005), resultaria em evidências mais convincentes na medida em que o estudo global é visto como mais robusto.

## **5.5 – PERSPECTIVAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURAS**

Os resultados e limitações desta investigação deixam em aberto um vasto campo de possibilidades de investigação.

No sentido de uma maior validade dos resultados obtidos no estudo de caso, seria importante elaborar estudos comparativos que contemplassem outras unidades de saúde pertencentes a outras instituições, nomeadamente incluindo centros de saúde, limitando os efeitos da interacção entre variáveis provenientes dum clima organizacional partilhado pelos membros da organização (Schneider, White e Paul, 1998).

Sugere-se também a realização de estudos longitudinais, em mais do que uma unidade de saúde, que permitam uma melhor compreensão do contributo dos dirigentes no desenvolvimento das competências relacionais nos enfermeiros ao longo de vários períodos. A realização de estudos longitudinais pode ser importante designadamente para avaliar a complexidade do processo de desenvolvimento de competências relacionais,

integrando as experiências vividas pelos enfermeiros e pelos dirigentes ao longo do tempo, enriquecendo a compreensão deste fenómeno.

Propõe-se ainda que se realizem avaliações a 360° permitindo avaliar a capacidade do dirigente através dos seus pares, subordinados e superiores hierárquicos, tal como recomendado por Denison *et al.* (1995), contribuindo para um auto-conhecimento. Estas avaliações com carácter diagnóstico, formativo, correctivo e estratégico permitem recolher informações que ajudam a delinear programas personalizados promotores do desenvolvimento de competências de gestão e liderança (Ronsten, Anderson e Gustafsson, 2005), pois muitas das melhorias que as organizações registam, são resultado do treino da liderança constatando-se que muitas organizações de topo desenvolvem estas práticas, nomeadamente através do *coaching* e *mentoring* (Rego *et al.*, 2007; Fielden, Marilyn e Sutherland, 2009). Partilhando da opinião destes autores, destacamos a importância da liderança em enfermagem e a necessidade de garantir que todos os líderes sejam devidamente preparados e formados para essa função, no sentido da utilização das melhores e mais adequadas estratégias de gestão, contribuindo para o desenvolvimento das competências nos enfermeiros garantindo aos cidadãos cuidados com qualidade.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Abreu, J. & Moreira, R. (2002). *Gestão do tempo: Programa nacional de qualificação de chefias intermédias*. Leça da Palmeira: Associação Empresarial de Portugal.

Abreu, W. C. P. (1998). *Identidades, formação e trabalho: Estudo da configuração identitárias dos enfermeiros em contexto de acção empírica (estudo multicaseos)*. Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Abreu, W. C. P. (2001). *Identidades, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

Ahya, P. et al. (2000). *Desafios da enfermagem em cuidados paliativos "cuidar": ética e práticas*. Loures: Lusociência.

Akerjordet, K. & Severinsson, E. (2008). Emotionally intelligent nurse leadership: a literature review study. *Journal of Nursing Management*, 16 (5), 565–577.

Almeida, F. N. (1996). *O gestor: A arte de liderar*. Lisboa: Presença.

Alves, V. L. S. (2009). Competências essenciais à liderança na enfermagem quanto ao enfoque da gestão de pessoas. In W. Malagutti & K. C. W. Caetano, *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado (pp. 75-83)*. Rio de Janeiro: Rubio.

Amendoeira, J. (2006). Enfermagem, disciplina do conhecimento. *Revista Sinais Vitais*, 67, 19-27.

Amiguinho, A. (1992). *Viver a formação - construir a mudança: Estudo de caso baseado numa experiência de inovação-formação (projecto Eco-Arronches)*. Lisboa: Educa.

Andrade, L. (2001). *A satisfação profissional nos enfermeiros de pediatria*. Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Porto.

André, M. E. D. (2001). O projecto pedagógico como suporte para novas formas de avaliação. In Amélia Domingues de Castro & Anna Maria Pessoa de Carvalho (Orgs.), *Ensinar a ensinar*. São Paulo: [s.e.].

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGL) (2009). *Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão*. 1º Congresso da APEGL realizado no dia 27 e 28 de Novembro de 2009, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Astedt-Kurki, P. & Isola, A. (2001). Humour between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (3), 452-458.

Astedt-Kurki, P. & Liukkonen, A. (1994). Humour in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (1), 183-188.

Auger, L. (1992). *Comunicação e crescimento pessoal: A relação de ajuda*. São Paulo: Loyola.

Azevedo, C. (1996). Integração de enfermeiros às unidades/serviços. *Divulgação*, 38, 20-30.

Balogun, J. (2003). From blaming the middle to harnessing its potential: creating change intermediaries. *British Journal of Management*, 14 (1), 69-83.

Bandura, A. (1979) *Modificação do Comportamento*. Rio de Janeiro: Interamericana.

Barbier, J. (1991). Tendances d'évolution de la formation des adultes, notes introductives. *Revue Française de Pédagogie*, 97, 75-108.

Barbier, J. (1993). *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto: Porto Editora.

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bass, B. M. & Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Basto, M. L. (1998). *Da intenção de mudar à mudança: Um caso de intervenção num grupo de enfermeiros*. Lisboa: Rei dos Livros.

Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 11-18

Baumann, A. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade*. Genebra: ICN.

Beamont, S. (2002). Coaching for business success. *Selection & Development Review*, 18, 7-10.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bellier, S. (2001). A competência. In P. Carré & P. Caspar, *Tratado das ciências e das técnicas da formação* (pp. 241-262). Lisboa: Instituto Piaget.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bermejo, J. (1997). *Humanizar la salud: Humanización y relación de ayuda en enfermería*. Madrid: San Pablo.
- Bermejo, J. (2001). *Relação de ajuda: Acção social e marginalidade*. Maia: Paulus.
- Boerner, S. & Düttschke, E. (2008). The impact of charismatic leadership on followers' initiative-oriented behavior: A study in German hospitals Health Care. *Management Review*, 33 (4), 332-340.
- Botelho, J. R. (1993). Estilos de aprendizagem. *Enfermagem em foco*, 9, 53-57.
- Boyd, R. & McGuire, F. (1996). The efficacy of humor in improving psychological well-being of residents of long-term care facilities. *Journal of Leisureability*, 23 (4).
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental process. In: W. Damon & R.M. Lerner. (Eds), *Handbook of child psychology, 1, Theoretical models of human development*, (pp. 993-1028). New York: Wiley.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brymen, A. & Cramer, D. (1992). *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta Editora.
- Bukowitz, W. & Williams, R. (2002). *Manual de gestão do conhecimento: Ferramentas e técnicas que criam valor para a empresa*. Porto Alegre: Bookman.
- Buresh, B. & Gordon, S. (2004). *Do silêncio à voz*. Coimbra: Ariane Editora.
- Burns, J. M. (2002). The dynamics of accounting change. Inter-play between new practices, routines, institutions, power and politics. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*. 13 (5), 566-596
- Cachapuz, A. F. (2004). Os saberes Básicos na Sociedade do Conhecimento: CNE. *Saberes Básicos de todos os cidadãos no sec. XXI*. Portugal: Ministério da Educação.
- Cadah, L. (2000). *Avaliação da qualidade da assistência da enfermagem sob a ótica da satisfação dos pacientes*. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Canelas, A. V. (2010). Editorial. *INF IPO Coimbra*, 18.
- Carapineiro, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital: Uma sociologia dos serviços hospitalares* (3ª ed.). Porto: Afrontamento.
- Cardoso, D. C. L. (2009). *Engagement nos enfermeiros: Qual o papel do líder transformacional?* Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Carkhuff, R. R. (1988). *L'art d'aider*. Montreal: Les Editions de l'Homme.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*. 1 (1), 13-23.
- Carvalho, M. T. G. (2006). *A nova gestão pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Cascão, A. S. F. (2004). *Entre a gestão de competências e a gestão do conhecimento: Um estudo exploratório de inovações na gestão das pessoas*. Lisboa: Editora RH.
- Casimir, G., Waldman, D. A., Bartram, T. & Yang, S. (2006). Trust and the relationship between leadership and follower performance: Opening the black box in Australia and China. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 12 (3), 68-84.
- Casterle, B., Dierckx, W., Verschueren, M. & Milisen, K. (2008). Impact of clinical leadership development on the clinical leader, nursing team and care-giving process: A case study. *Journal of Nursing Management*, 16 (6), 753-763.
- Ceitel, M. (2006). *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Sílabo.
- Celso, B., Ebener, D. & Burkhead, E. (2003). Humor coping, health status, and life satisfaction among older adults residing in assisted living facilities. *Aging & Mental Health*, 7 (6), 438-445.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique-humaniste*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Chalifour, J. (1993). *Enseigner la relation d'aide*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Chalifour, J. (2007). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: Estratégias de intervenção* (Vol 2). Loures: Lusociência.

- Chiavenato, I. (2000). *Recursos humanos* (6ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Chiavenato, I. (2004a). *Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Chiavenato, I. (2004b). *Administração nos Novos Tempos*. (2ª ed). Rio de Janeiro: Editora Elsevier.
- Chiavenato, I. (2009). *Gestão de pessoas: O Capital Humano das Organizações*. (9ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Choo, C. W. (2003). *Gestão da informação para a organização inteligente*. Lisboa: Caminho.
- Ciampone, M. H. T., Kurcgant, P. (2005). Gerenciamento de conflitos e negociação. In P. Kurcgant, *Gerenciamento em enfermagem* (pp 54-65). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cibanal, L. (1991). *Interrelación del profesional de enfermería con el paciente*. Barcelona: Doyma.
- Collière, M. F. (1999). *Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: SEP.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Conselho Internacional de Enfermagem (2006). *CIPE versão 1.0: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2001). *CIPE versão Beta 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, M. A. (2001). *Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Lisboa: Educa.
- Costa, M. E. (coord.) (2003). *Gestão de conflitos na escola*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cresson, E. (1996). Para uma política de educação e de formação ao longo da vida. *Revista Europeia, Formação Profissional*, 8/9, 1-4.
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. & Cardoso, C. (2003). *Manual de Comportamento Organizacional*. Lisboa: RhEditora,
- Davenport, T. & Prusak, L. (1998). *Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam seu capital intelectual*. Rio de Janeiro: Campus.
- Decreto-lei 104/98 de 21 de Abril – Aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e integra o Código Deontológico. DR I Série-A, 93, (98-04-21)
- Decreto-Lei n.º 161/96 – Aprova o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE). DR I Série-A, 205 (96-04-09)
- Decreto-Lei n.º 437/91 – Aprova o regime legal da carreira de enfermagem. DR I Série –A, 257 (91-08-11).
- Decreto-lei n.º 122/2010 – Estabelece, por categoria, o número de posições remuneratórias da carreira especial de enfermagem, bem como identifica os correspondentes níveis remuneratórios. Prevêm-se como subsistentes as categorias de enfermeiro-chefe e de enfermeiro-supervisor. DR I Série-A 219 (10-11-11).
- Decreto-Lei n.º 247/2009 – Carreira de enfermagem aplicável aos Enfermeiros em contrato de trabalho em funções públicas. DR I Série-A 184 (09-09-22).
- Decreto-Lei n.º 248/2009 – Carreira de enfermagem aplicável aos Enfermeiros em contrato de trabalho em funções públicas. DR I Série-A 184 (09-09-22).
- Decreto-Lei n.º 412/98 – Proceda à reestruturação da Carreira de Enfermagem, instituída pelo Decreto-Lei n.º 437/91 (98-11-08).
- Deluiz, N. (2005). *O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: Implicações para o currículo*. [on line]. Disponível: <http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm>.
- Denison, D. R., Hooijberg R. & Quinn, R. E. (1995). Paradox and performance: Toward a theory of behavioural complexity in managerial leadership. *Organization Science*, 6 (5), 524-540.
- Despacho n.º 2/93, de 30 de Março – Regulamenta a avaliação do desempenho dos enfermeiros.
- Deutsch, M. (1973). The resolution of conflict: Constructive and destructive process [on line]. Disponível: <http://abs.sagepub.com/content/17/2/248.1.Citation>.
- Deutsch, M. (1990). “A framework for teaching conflict resolution in schools”. In B. H. Sheppard, M. H. Bazerman & R. J. Lewicki (Eds.). *Research on negotiation in organizations* (pp. 189-203), 2. Greenwich: JAI Press.
- Dias, C. M. (2001). *Liderança em enfermagem: Estudo do líder, do liderado e da motivação*. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Dias, D., Lopes, A. & Parreira, P. (2011). *Fusões e aquisições. O papel central da liderança intermédia na gestão do choque de cultura*. Lisboa: Editora RH.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dias, M. F. P. B. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring: the identification of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Health Administration Press.
- Dóro, M. P. *et al.* (2004). O câncer e sua representação simbólica. [on line] *Psicol. cienc. prof.* 24 (2), 120-133. [on line]. Disponível: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932004000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000200013&lng=pt&nrm=iso)
- Dreyfus, H. L. & Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: The Free Press.
- Drucker, P. F. (2009). *O essencial de Drucker: Uma selecção das melhores teorias do pai da gestão*. Lisboa: Actual Editora.
- Eça, A. (1998). *A formação inicial e a prática hospitalar: Contributo para a construção de um perfil de competências do enfermeiro recém-formado em enfermagem*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica, Lisboa.
- EFQM (2002). *The Fundamental Concepts of Excellence*. Bruxelas: The European Foundation for Quality Management. [on line]. Disponível: <http://excellenceone.efqm.org/uploads/fundamental%20concepts%20English.pdf>
- Egan, G. (1987). *Communication dans la relation d'aide*. Montreal: Les Editions HRW Itée.
- Ellinger, A. D., Ellinger, A. E. & Keler, S. B. (2003). Supervisory coaching behavior, employee satisfaction, and warehouse employee performance: A dyadic perspective in the distribution industry, *Human Resources development Quarterly*, 13 (4), 435-458.
- Entralgo, P. L. (1983). *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Erikson, A. L. (2006). Ethical leadership and the public trust, *Public Manager*, 35 (1), 62-63.
- Erikson, E. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Farrell, J., Flood, P., MacCurtain, S., Hannigan, A., Dawson, J. & West, M. (2005). CEO leadership, top team trust and the combination and exchange of information, *Irish Journal of Management*, 26 (1), 22-40.
- Felício, M. J., Lopes, A., Salgueiro, F. & Parreira, P. (2007). Competências de gestão: Um instrumento de medida para a realidade portuguesa. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 6 (3), 18-30.
- Ferguson, S. L. (2009). *A liderança para a mudança organizacional*. Conferência apresentada no 1º Congresso da APEGL, 28 de Novembro de 2009. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.
- Fernandes, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência: Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.
- Ferreira, J. (2002). *Gestão por competência: Actas do I Encontro de Enfermagem do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicoddependência (SPTT)*, Carvoeiro.
- Ferreira, M. M. C. (2004). *Relação de ajuda na formação dos enfermeiros*. Dissertação de doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Ferreira, M. M. C., Tavares, J. & Duarte, J. (2006). Competências relacionais de ajuda nos estudantes de enfermagem. *Referência*, Série 2 (2), 51-62.
- Ferreira, M. M. F. & Leitão, M. A. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Ferreira, M. M. F. (2005). Empenhamento organizacional de enfermeiros em hospitais com diferentes modelos de gestão: Papel de variáveis de contexto, *Referência*, Série 2 (1), 53-62.
- Ferreira, M. M. R. S. D. (2008). *Estratégias de promoção da autonomia dos enfermeiros chefes aos enfermeiros*. Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Porto.
- Ferreira, P. A. C. (2010). *Enfermagem em cardiologia: contributos sócio-psicológicos e profissionais para a melhoria dos cuidados*. Dissertação de doutoramento. Badajoz: Universidade de Extremadura.
- Fielden, S. L., Davidson, M. J., & Sutherland, V. J. (2009). Innovations in coaching and mentoring: implications for nurse leadership development. *Health Serv Manage Res*, 22 (2), 92-99.
- Fiske, J. (1998). *Introdução ao estudo da comunicação* (4ª ed.). Lisboa: ASA.
- Flango, V. E. & Brumbaugh, R. (1974). The dimensionality of the cosmopolitan-local construct. *Administrative Science Quarterly*, 19 (2), 198-211.
- Flick, U. (2005). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Flück, C. (2001). *Compétences et performances: une alliance réussie. Vision, démarches et outils*. Lausanne: Demos.

- Flynn, N. (2002). Explaining the New Public Management. The importance of context. In K. McLaughlin, S. Osborne & E. Ferlie (Eds.), *New Public Management. Current trends and future prospects* (pp. 57-76). London e New York: Routledge.
- Fonseca, A. M. L. P. (1999). *Desenvolvimento de competências em enfermagem: Contributos da formação e da prática profissional*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fox, R., Fox, D. & Wells, P. (1999). Performance of first-line management functions on productivity of hospital unit personnel. *Journal of Nursing Administration*, 29 (9), 12-18.
- Frade, J. M. F. V. (1999). *Relação de ajuda em enfermagem: Perspectivas sobre a prática e a formação*. Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Porto.
- Frias, C. F. C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte: Um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures: Lusociência.
- Galvão, C. M., Trevizan, M. A. & Sawada, N. O. (1998). A liderança do enfermeiro no século XXI: Algumas considerações. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32 (4), 302-306.
- Gartenkraut, M. & Siffert, C. M. (2007). *Liderança em uma sociedade em transformação: Conclusões do V Fórum empresarial*. [on line]. Disponível: <http://www.fnq.org.br/Portals/FNQ/Documents/Lideran%C3%A7a-final.pdf>
- Gil, A. C. (1994) *Administração de Recursos Humanos*. São Paulo: Editora Atlas.
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). *Managing the care of health and the cure of disease – Parte I. Diferentiation, Health Care Management Review*, 26 (1), 56-71. [on line]. Disponível: <http://www.mcgill.ca/files/desautels/ManagingCare-Part1-Winter2001.pdf>
- Goleman, D. (2008). *A Inteligência Emocional*. Lisboa: Editora Temas e Debates.
- Gonçalves, M. N. C. (2008). *Estilos de liderança: Um estudo de auto-percepção de enfermeiros gestores*. Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Graveto, J. M. G. N. (2005). *Construção e validação de uma escala de percepção de competências profissionais do pré-licenciado em enfermagem*. Dissertação de doutoramento, Universidade de Extremadura, Badajoz.
- Greenberg, M. (2003). Therapeutic play: developing humor in the nurse-patient relationship. *Journal of the New York State Nurses Association*, 34 (1), 25-31.
- Guittet, A. (1994). *Développer les compétences: Pour une ingénierie de la formation*. Paris: ESF.
- Hart, S. L. & Quinn, R. E. (1993). Roles executives play: CEOs, behavioural complexity, and firm performance. *Human Relation*, 46 (5), 543-547.
- Hartrick, G. (1999). Transcending behaviorism in communication education. *Journal Nursing Education*, 38 (1), 17-22
- Have, T. S., Have, W. T., Stevens, A. F., Elst, M. & Pol-Coyne, F. (2003). *Key management models: The management tools and practices that will improve your business*. London: Prentice-Hall.
- Hersey, P. & Blanchard, K. H. (1986). *Psicologia para administradores: A teoria e as técnicas da liderança situacional*. São Paulo: E.P.U..
- Hersey, P., Blanchard, K. H., & Johnson, D. E., (2007). *Management of Organizational Behavior: Leading Human Resources*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2009). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade: Emergir como o autor do seu próprio pensamento*. Loures: Lusociência.
- Higa, E. F. R. & Trevizan, M. A. (2005). Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (1), 59-64.
- Higginson, T. J. (1989). Developing a trust culture: To survive in the 1990s. *Industrial Management*, 31(6), 27-28, 32
- Hill, M. M. & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário*. Lisboa: Silabo.
- Hiscock, M. & Shuldham, C. (2008). Patient centred leadership in practice. *Journal of Nursing Management*, 16 (8), 900-4.
- Hooijberg, R., & Quinn, R. E. (1992). Behavioral complexity and the development of effective managers. In R. J. Philips & J. G. Hunt (Eds), *Strategic management: A multiorganisational-level perspective*. New York: Quorum.
- Hooijberg, R., Hunt, J. G. & Dodge, G. (1997). Leadership complexity and development of the leaderplex model. *Journal of Nursing Management*, 23 (3), 375-408.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Houston, D., Mckee, K., Carrol, L. & Marsh, H. (1998). Using humour to promote psychological wellbeing in residential homes for older people. *Aging & Mental Health*, 2 (4), 328-332.
- Huston C. (2008). Preparing nurse leaders for 2020. *Journal of Nursing Management*, 16 (8), 905-11.
- ICN (2006) – *Definition of nursing*. [on line]. Disponível: [www.icn.ch/definition.htm](http://www.icn.ch/definition.htm)
- Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, IPO, E.P.E. (2009). Regulamento interno. *Revista INF*, 17.
- Jesus, É. H. (2006). *Decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Johnson, P. (2002). The use of humor and its influences on spirituality and coping in breast cancer survivors. *Oncologic Nursing Forum*, 29 (4), 691-695.
- José, H. M. G. (2006). Humor: Que papel na saúde? *Pensar enfermagem*, 10 (2), 2-8.
- Kayes, D. C. (2005). Internal validity and reliability of Kolb's learning style inventory version 3 (1999). *Journal of Business and Psychology*, 20 (2), 249-257.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Quebec: Études Vivantes.
- Kline, P. (1986). *A handbook of test construction: Introduction to psychometric design*. London: Colin Copera.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. London: Routledge.
- Kolb, A. Y. & Kolb, D. A. (2005). *The Kolb Learning Style Inventory-Version 3.1: Technical specifications. experience based learning systems, Inc. All rights reserved..* HayGroup. [on line]. Disponível: <http://www.whitewater-rescue.com/support/pagepics/lsitechmanual.pdf>.
- Kolb, A. Y. & Kolb, D. A. (2008). Experiential Learning Theory: A dynamic, holistic approach to management learning, education and development. In: Armstrong, S. J. & Fukami, C. (Eds.) (2008). *Handbook of Management Learning, Education and Development*. London: Sage Publications [on line]. Disponível: <http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/Learning-styles-and-learning-spaces.pdf>.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kron, T. (1978). *Manual de enfermagem* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Interamericana.
- Kurgant, P. (1991). Liderança em enfermagem In: Kurgant, P. (coord.), *Administração em enfermagem* (pp 165-178). São Paulo: EPU.
- Kurgant, P. (2005). *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Laselva, C. R., Moura, D. F. & Reis, E. A. A. (2003). No alvo, o melhor profissional – seleção e treinamento. In Anna Margherita Toldi Borki, *Enfermagem de excelência: da visão à ação* (pp151-165). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa. Lusodidacta.
- Le Boterf, G. (2000). *Construire les competentes individuelles et collectives*. Paris: Editions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2002). *De la competence à la navigation professionel*, Paris, Les Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. Porto: ASA.
- Linton, J. & Farrell, M. J. (2009). Nurses' perceptions of leadership in an adult intensive care unit: A phenomenology study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25 (2), 64-71.
- Loff, A. M. (1994). Relações interpessoais. *Enfermagem em Foco*, 13, 56-63.
- Lopes, A. (2006a). *Gestão de recursos Humanos versus Gestão das pessoas: a arte do equilíbrio entre iniciativa e a cooperação nas organizações*. Lisboa: ISCTE.
- Lopes, M. J. (2006b). *A relação enfermeiro-doente: como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau
- Loureiro, J. (2003). *Gestão do Conhecimento*, Lisboa: Centro Atlântico.
- Macedo, M. (2004). *A produção sob pressão*. São Paulo: Makron Books.
- Mackey, R. B. (1997). Descubra o poder curativo do toque terapêutico. *Servir*, 45 (5), 261-268.
- Magalhães, A. M. M. & Duarte, E. R. M. (2004). Tendências Gerenciais que podem levar a Enfermagem a percorrer novos caminhos. Brasília (DF). *Revista Brasileira de Enfermagem*. 57(4), 408-411.
- Mallett, J. & Hern, R. (1996). Comparative distribution and use of humour within nurse-patient communication, *International Journal of Nursing Studies*, 33 (5), 530-550.

- Manfredi, C. (1996). A descriptive study of nurse managers and leadership. *Western Journal of Nursing Research*, 18 (3), 314-329.
- Marley, K., Collier, D. & Goldstein, S. (2004). De role of clinical and process quality in achieving patient satisfaction in hospitals. *Decision Sciences*, 35 (3), 349-369
- Marquis, B. L. & Huston, C. J. (2010). *Administração e liderança em enfermagem* (6ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Martin, J.-P. & Savary, É. (1998). *Investir en formación*. Lyon: Cronique Sociale.
- Martins, G. A. (2006). *Estudo de caso: Uma estratégia de pesquisa*. Rio de Janeiro: Atlas.
- Martory, B. & Crozet, D. (1998). *Gestion des ressources humaines: Manuel de pilotage social*. Paris. Éditions Nathan.
- Massarollo, M. C. K. B., Saccardo, D. P. & Zoboli, E. L. C. P. (2006). Autonomia, privacidade e confidencialidade. In: Oguisso T, Zoboli E. *Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. Barueri: Manole;. pp. 111-35.
- Meade, A. W. (2004). Psychometric problems and issues involved with creating and using ipsative measures for selection. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77 (4), 531-552.
- Medina, M. J. L. (2006). *Deseo de cuidar y voluntad de poder, la enseñanza de la enfermería*. Barcelona: UB.
- Melo, M. L. (2005a). *Comunicação com o doente certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Melo, R. C. C. P. (2001). Avaliação da qualidade dos cuidados na perspectiva do utente. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 4, 29-32.
- Melo, R. C. C. P. (2004). *Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda – estudo com estudantes de enfermagem*. Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Melo, R. C. C. P. (2005b). Auto-conceito e desenvolvimento de competências relacionais de ajuda. *Referência*, Série 2 (1), 63-71.
- Melo, R. C. C. P. (2008a). Relação de ajuda: uma experiência vivenciada. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 85-87.
- Melo, R. C. C. P. (2008b). A relação de ajuda: contextos e práticas em enfermagem. *Servir*, 56 (2), 67-73.
- Melo, R. C. C. P. & Parreira, P. M. (2008). *Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: estudo longitudinal*. Actas e Comunicações do XI Colóquio Panamericano de investigación en enfermería. Quito, Equador, 70.
- Melo, R. C. C. P. & Parreira, P. M. (2009a). Liderança em enfermagem e competências relacionais de ajuda: Um estudo empírico realizado em contexto de saúde. *Referência*, Série 2 (10), suplemento, 463.
- Melo, R. C. C. P. & Parreira, P. M. (2009b). *Management practices and development of help relational skills: An empirical study*. Program & Abstracts do 1st International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science, Kobe International Exhibition Hall. Japão, 78.
- Melo, R. C. C. P. & Parreira, P. M. (2009c). *Predictors of the development of relational skills: Study with students of nursing*. Program & Abstracts do 1st International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science, Kobe International Exhibition Hall. Japão, 90.
- Melo, R. C. C. P., Parreira, P. M. & Silva, M. J. (2011). *Leadership and management in the development of relational skills in nurses: a systematic review of literature*. Proceedings of International Conference on Complexity in Leadership and Management. IPM Pvt. Ltd, Intercience Campus, Índia, 32-37.
- Melo, R. C. C. P., Silva, M. J. & Parreira, P. M. (2010). *Contribution of leadership in the development of relational skills*, Program and Book of Abstracts. 6th INP/APNN Conference 2010, Brisbane, Austrália, 117.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: Princípios básicos*. São Paulo: Manole.
- Minayo, M. C. S. (2001). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (19 ed.). Petrópolis: Vozes.
- Minden, P. (2002). Humor as the focal point of treatment for forensic psychiatric patients. *Holistic Nursing Practice*, 16 (4), 75-86.
- Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e dinâmica das organizações*. Lisboa: Dom Quixote.
- Mucchielli, R. (1994). *A entrevista não directiva*. São Paulo: Martins Fontes.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Nogueira, M. (1990). *História da enfermagem* (2ªed.). Porto: Salesianas.
- Nunes, L. (2002). «Cinco estrelas»: acerca das competências morais no exercício de enfermagem. *Nursing*, 171, 8-11.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: OE.
- Oliveira, A. C. F. et al. (2004). Liderança e Enfermagem: elementos para reflexão. Brasília (DF). *Revista Brasileira de Enfermagem*.V. 57, (4), 487-489.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Oliveira, J. (2006). Condições do exercício profissional: Presente e futuro. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 23, 23-27.
- Olsson, H., Backe, H., Sorensen, S. & Kock, M. (2002). The essence of humour and its effects and functions: a qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 10 (1), 21-26.
- OMS (1988). *Apprendre ensemble pour oeuvrer ensemble au service de la santé*. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la formation pluriprofessionnelle du personnel de santé: la formation en équipe. Genève: OMS, (Série de rapports techniques, 769).
- OPSS (2011). *Relatório Primavera 2011. Da depressão da crise, para a governação* [on line]. Disponível: <[http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011\\_OPSS\\_1.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf)>
- OPSS. (2001). *Relatório de primavera de 2001*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Divulgar*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros.(2003a). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Divulgar*. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2003b). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: OE,
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *As condições de trabalho dos enfermeiros Portugueses*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2006a). O desafio de Bolonha. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 23.
- Ordem dos Enfermeiros (2006b). *Investigação em Enfermagem. Tomada de posição*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistemas de informação de enfermagem (SIE). Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnicos – funcionais*. [on line]. Disponível: <[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abri2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abri2007.pdf)>
- Osswald, W. (2000). A relação enfermeiro-doente e a humanização dos cuidados de saúde. *Cadernos de Bioética*, 23, 41-45.
- Ouzouni, C. & Nakakis, K. (2009). An exploratory study of the relationships between interprofessional working, clinical leadership, stress and job satisfaction in greek registered mental health and assistant nurses. *Health Science Journal All Rights Reserved*, 3 ( 3), 175-186.
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal*. Lisboa: Lusociência.
- Paiva, A. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem: Uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.
- Parreira, P. M. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.
- Parreira, P. M. (2006). *Eficácia organizacional em contexto hospitalar: o impacto da complexidade na liderança*. Dissertação de Doutoramento, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Parreira, P. M., Felício, M. J., Lopes, A., Nave, F. & Parreira, F. (2006). Papéis de liderança: Um instrumento avaliativo. *Revista de investigação em enfermagem*, 13, 3-14.
- Parreira, P. M., Lopes, A. & Melo, R. C. C. P. (2011). *The impact of leadership complexity on organizational effectiveness: A structural equation modeling approach*. Proceedings of International Conference on Complexity in Leadership and Management. IPM Pvt. Ltd, Intercience Campus, Índia, 47-52.
- Pepreau, H. (1993). *Relaciones interpersonales em enfermería*. Barcelona: Masson/Salvat.
- Pereira, A., Williams, S. & MacConnell, G. (2005). Developing leadership skills in critical care nurses: a case scenario - part two. *Dynamics*, 16, 15-16.
- Pereira, C. M. C., Bem-Haja, I. M. S., Ferreira, M. M. F. & Rodrigues, P. M. S. (2008). Percepção de liderança de enfermeiros prestadores de cuidados: estudo realizado numa unidade hospitalar de Coimbra. *Referência*, Série 2 (8), 51-58.
- Phaneuf, M. (1995). *Relação de ajuda - elemento de competência da enfermeira*. Texto da conferência pronunciada no 1º congresso internacional de enfermagem médico-cirúrgica. Coimbra.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pires, A. L. (1995). *Desenvolvimento pessoal e profissional. Um estudo dos contextos e processos de formação das novas competências profissionais*. Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa.
- Pires, A. L. (2005). *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagem e de competências*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Ministério da Ciência e do Ensino Superior.
- Pires, A. L. O. (1994). As novas competências profissionais. *Formar*, 10, 4-19.

- Polit, D. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Polit, D. & Hungler, B. P. (1997). *Investigacion científica en ciencias de la salud Mexican* (5ªed.). México: McGraw-Hill, Interamericana.
- Portaria nº 242/2011 de 21 de Junho: Subsistema de avaliação do desempenho dos trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem. Diário da República, 1.ª série, nº 118.
- Portugal. Ministério da Saúde. Inspeção-Geral da Saúde (2005). *Relatório do Gabinete do Utente* [on line]. Disponível: <<http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3E52374A-F3C7-4FE4-ADD1-F88BF4158F6A/4128/RelatorioGU2005.pdf>>
- Portugal. Ministério da Saúde. Inspeção-Geral da Saúde (2006). *Relatório do Gabinete do Utente* [on line]. Disponível: <<http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3E52374A-F3C7-4FE4-ADD1-F88BF4158F6A/4128/RelatorioGU2006.pdf>>
- Portugal. Ministério da Saúde. Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (2007). *Relatório do Gabinete do Utente* [on line]. Disponível: <<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0E3EA5AF-D7A2-4028-9CA1-EB43549E1738/0/GU2007.pdf>>.
- Portugal. Ministério da Saúde. Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (2010). Funcionamento do *Gabinete do Utente/ cidadão estabelecimentos e serviços do SNS* [on line]. Disponível: [http://www.chaa.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B29D38B1-475E-4CFD-A387-2EDB027BC00E/20482/IGAS\\_Rela2010.pdf](http://www.chaa.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B29D38B1-475E-4CFD-A387-2EDB027BC00E/20482/IGAS_Rela2010.pdf)
- Prieto, A. J. A. (1992). Method for translation of instruments to other languages. *Adult Education Quaterly*, 43 (1), 1-14.
- Proença, C. R., Bernardes, H., Almeida, I. & Ribeiro, M. (2006). Liderança de equipa em enfermagem. *Revista AESOP*, 2 (21), 15-24.
- Queirós, A. A. (2007). As competências dos profissionais de enfermagem: Como as afirmar e desenvolver. [on line] Disponível: [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2770:as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver&catid=147](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2770:as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver&catid=147).
- Queirós, A. A., Silva, L. C. C. E. & Santos, E. M. (2000). *Educação em enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Queiroz, A. A. (2004). *Empatia e respeito* (2ª ed.). Coimbra: Ariadne Editora.
- Quinn, R. E. & Rohrbaugh, J. (1983). A spatial model of effectiveness criteria: Towards a competing values approach to organizational analysis. *Management Science*, 29 (3), 363-377.
- Quinn, R. E. (1988). *Beyond rational management: Mastering the paradoxes and competing demands of high performance*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Quinn, R. E. (1998). *Desperte o líder em você, mudança organizacional a partir do autoconhecimento*. Rio de Janeiro: Campus.
- Quinn, R. E., Thompson M. P., Faerman, S. R. & McGrath, M. (2003). *Competências gerenciais: princípios e aplicações* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais* (3ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Rego, A. & Cunha, M. (2004). *A essência da liderança* (2ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Rego, A. (1998). *Liderança das organizações: Teoria e prática*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Reis, E. & Moreira, R. (1993). *Pesquisa de mercado*. Lisboa: Silabo.
- Reto, L. & Lopes, A. (1991). *Liderança e Carisma*. Lisboa: Minerva.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, Série 22 (2), 387-395.
- Ribeiro, L. F. (1995). *Cuidar e tratar*. Lisboa: Educa/SEP.
- Rispail, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures. Lusociência.
- Robbins, S. P. (2002). *Comportamento organizacional*. São Paulo: Prentice-Hall.
- Roberts, A. (2000). Mentoring revisited: A phenomenological reading of the literature. *Mentor Tutor*; 8, 145-70
- Rocha, A. P. (2004). *Relação de ajuda em enfermagem*. Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Dissertação para concurso a Professor Coordenador da carreira do Pessoal docente do Ensino Superior Politécnico do quadro de Pessoal da ESEV.
- Rodrigues, V. M. B. (1998). *O desenvolvimento da dimensão interpessoal no âmbito da formação em enfermagem*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rogers, C. R. (1985). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Morais Editores.
- Ronsten B., Andersson E. & Gustafsson B. (2005). Confirming mentorship. *Journal of Nursing Management*, 13 (4), 312–321
- Rosário, E. M. O. C. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. Dissertação de mestrado, Universidade Aberta, Lisboa.
- Rosenthal, R., Hall, J. A., DiMatteo, M. R., Rogers, P. L., & Archer, D. (1979). *Sensitivity to nonverbal communications: The PONS test*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sá-Chaves, I. (2004). “Tendências para a Reconceptualização Curricular”. In: *CNE, Saberes Básicos de todos os cidadãos no Sec. XXI*. Lisboa, Ministério da Educação, CNE, 125-132.
- Salomé, J. (1993). *Relation d'aide, formation à l'entretien*. Lille: Presse Universitaire de Lille.
- Santos, K. M. A. B. & Silva, M. J. P. (2003). Comunicação entre líderes e liderados: Visão dos enfermeiros. *Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*, 37 (2), 97-108.
- Santos, M. I. A. (2000). A relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem, numa unidade de cuidados intensivos das coronárias. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 1, 51-60.
- Savage, L. & Canody, C. (1999). Life with a left ventricular assist device: The patient's perspective. *American Journal of Critical Care*, 8 (5), 340-343.
- Schneider, B., White, S. S., Paul, M. C. (1998). Linking service climate and customer perceptions of service quality: Test of a causal model. *Journal of Applied Psychology*, 83, 150-163.
- Schön, D. A. (2000). *Educando o profissional reflexivo: Um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Selman, R. L. (1980). *The growth of interpersonal understanding: Developmental and clinical analyses*. London: Academic Press.
- Senge, P. (1990). *The fifth discipline: The art & practice of learning organization*. London: Currency Doubleday.
- Serrano, T. P. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Dissertação de doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Sheldon, L. (1996). An analysis of the concept of humour and its application to one aspect of children's nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 24 (6), 1175-1183.
- Silva, L. M. G. [et al.] (2003). Modelo assistencial - um papel em evolução: O(a) enfermeiro(a) como líder do cuidado. In Anna Margherita Toldi Borki, *Enfermagem de excelência: da visão à acção* (pp 8-18). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Silva, M. A. N. C. G. M. M. (2004). *A construção das práticas de Enfermagem pelos recém formados: Experiências e vivências em contexto de trabalho*. Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Porto
- Silva, M. J. P. (1998). Reflexões sobre a relação interpessoal no cuidar: O factor corpo, entre a enfermeira e o paciente. In D. Meyer, V. Waldow, & M. Marques (Orgs), *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Silva, M. J. P. (2001). Percebendo o ser humano além da doença e o não-verbal detectado pelo enfermeiro. *Nursing* (São Paulo), 4 (41), 14-20.
- Silva, M. J. P. (2006). *Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Loyola.
- Silva, M. J. P. (2007a). “Ela volta todo o dia. O que ela quer”: Comunicação na atenção primária à saúde. In Álvaro da Silva Santos & Sónia Maria Camargo de Miranda (Orgs.), *A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde* (pp 355-375). São Paulo: Manole.
- Silva, M. J. P. (2007b). O doente, a família, os profissionais de saúde e a instituição – gestão de conflitos. *Referência*, Série 2 (4), Suplemento, 27-32.
- Simões, R. M. P. (2008). *Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Simões, R. M. P. (2010). Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. *Escola Anna Nery*, 14 (3), 485-489.
- Simões, R. M. P.; Rodrigues, M.; Salgueiro, N. (2011). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de Cuidados de Humanidade Gineste – Marescotti. *Revista de Enfermagem Referência III Série - n.º 4 - Jul.* 69-79.
- Soares, M. I. (1997). *Da blusa de brim à touca branca*. Lisboa: EDUCA/ APE.

- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos. Colégio de Cuidados de Enfermagem (2000). *Desafios da enfermagem em cuidados paliativos: "Cuidar": ética e práticas*. Loures: Lusociência.
- Sousa, M., Peixoto, M. & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Referência, Série 2* (8), 59-67.
- Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (1994). *Psicologia do adolescente*. Lisboa: FCG.
- Sprinthall, N. A. & Sprinthall, R. C. (1993). *Psicologia educacional: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Streiner, D. L. & Norman, G. R. (1989). *Health measurement scales: (A practical guide to their development and use)*. Oxford: Medical Publications.
- Streubert, H. & Carpenter, H. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Thornton J. & White, A. (1999). A heideggerian investigation into the lived experience of humour by nurses in a intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15 (5), 266-278.
- Trevisan, M. A., Mendes, I. A. C., Favero, N. & Melo, M. R. A. C. (1998). Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 6 (5), 77-82.
- Trivinos, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica, Série 6* (2), 101-110.
- Vaz Serra, A. (1994). *IACLIDE – Inventário de depressão clínica da depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Veiga, I. P. A. (1995). *Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível* (11ª ed.). Campinas: Papirus.
- Vieira, M. (1998). *Ser Enfermeiro... da vocação à competência profissional*. Dissertação apresentada a concurso para professor Coordenador. Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição.
- Vieira, M. (2007). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Palma de Cima: Universidade Católica.
- Viscott, D. S. (1992). *A linguagem dos sentimentos*. São Paulo: Summus.
- Wanzer, M., Booth-Butterfield, M. & Booth-Butterfield, S. (2005). If we didn't use humor, we'd cry: Humorous coping communication in health care settings. *Journal of Health Communication*, 10, 105-125.
- Watson, J. (1985). *Nursing: Philosophy and science of caring*. Colorado: Associate University Press.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, L. (2004). Self-leadership: becoming an exceptional leader. *Radiologic Technology*, 75 (6), 457-470.
- White, C. & Howse, E. (1993). Managing humor: when is it funny – and when is it not?. *Nursing Management*, 24 (4), 80-85.
- Williams, L. L. (2005). Impact of nurses' job satisfaction on organizational trust, health care. *Management Review*, 30 (3), 203-211.
- Wittorski, R. (1998). De la fabrication des compétences. *Education Permanente*, 135, 57-69.
- Yamazaki, Y. (2006). Learning styles and typologies of cultural differences: A theoretical and empirical comparison. *International Journal of Intercultural Relations*, 29 (5), 521-548. [on line]. Disponível: <<http://www.sciencedirect.com/science/article.pdf>>.
- Yarcheski, A., Mahon, N. & Yarcheski, T. (2002). Humor and health in early adolescents: perceived fear motion as a mediating variable. *Nursing Science Quarterly*, 15 (2), 150-155.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (3ª ed.). Porto Alegre: Bookman.