

Universidade Católica Portuguesa

# **A INFLUÊNCIA DAS LIDERANÇAS NA IDENTIDADE PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS**

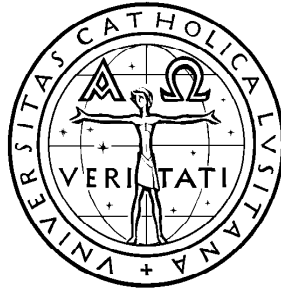
Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem na Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem

Por Sandra Rita Pereira Fernandes

Instituto de Ciências da Saúde

Porto, novembro de 2018





Universidade Católica Portuguesa

**A INFLUÊNCIA DAS LIDERANÇAS NA  
IDENTIDADE PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS**

**THE INFLUENCE OF LEADERSHIPS IN THE  
PROFESSIONAL IDENTITY OF NURSES**

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

Por Sandra Rita Pereira Fernandes

Sob orientação: Prof. Doutora Fátima Pereira  
e da Prof. Doutora Beatriz Araújo

Instituto de Ciências da Saúde

Porto, novembro de 2018



**À Memória de meu Pai**



*“A amizade é o desafio de chegar mais longe, com o apoio de alguém que está no caminho.”*

Victor Feytor Pinto

## Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos os colegas, professores, amigos e familiares, pelo apoio e incentivo que me concederam nesta aventura.

A todos os professores que estiveram presentes neste meu trajeto como doutoranda, particularmente à Professora Doutora Margarida Vieira, que esteve muito presente na fase inicial.

Às Professoras Doutoradas Fátima Pereira e Beatriz Araújo, pelo espírito crítico, a sabedoria, as orientações pertinentes e a confiança, que com o seu acompanhamento, foram exercendo uma verdadeira pilotagem da sua orientanda neste complexo processo de criação científica.

A todos os colegas que estiveram presentes nesta caminhada, partilhando ansiedades, conhecimentos e experiências, nomeadamente aos elementos do grupo de Comunidades de Práticas de Investigação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade do Porto e aos elementos do grupo de Seminários de Investigação da Universidade Católica Portuguesa, do Instituto de Ciências da Saúde, do Porto.

A todos os Enfermeiros que colaboraram no preenchimento dos inventários, tal como aos elementos-chave que ajudaram a recolher esses inventários e a todos os Enfermeiros que acederam continuar o instrumento de recolha de dados. A todos estes Enfermeiros, agradeço a disponibilidade para a obtenção do material empírico nesta investigação, principalmente pelos seus indispensáveis discursos que realizaram com total abertura e disponibilidade.

À Sofia, minha cunhada, pela leitura atenta e cuidadosa desta tese.

À minha filha Ana Rita, que foi crescendo com este empreendimento e demonstrou uma grande capacidade de entendimento para as diversas ausências da mãe.

Ao meu filho Daniel, que com a sua curiosidade característica, se foi interessando pelo conhecimento das diversas fases da pesquisa, deseja ser um investigador e partilha este sonho da mãe na obtenção de um Doutoramento.

Ao meu marido José, pela paciência, amor e solidariedade demonstrada no desenvolvimento desta tese.

Aos restantes elementos da família, aos amigos da diversão e do trabalho, agradeço os incentivos para esta caminhada.

A todos, o meu Muito Obrigada, sem vós nunca teria conseguido ultrapassar as adversidades e seguir em frente com a gratificação de ter conseguido desenvolver-me pessoal, social e profissionalmente nesta jornada.



## Resumo

As transformações da sociedade, do ensino e dos contextos de trabalho, modificaram as relações profissionais dos enfermeiros, suscitando um período de crise identitária prolongado no tempo nestes profissionais. Os enfermeiros face aos constrangimentos socio-económico-políticos e organizacionais encontram-se numa fase de transições identitárias. O objeto de estudo desta tese – A influência das lideranças na identidade profissional dos enfermeiros – torna-se relevante para os enfermeiros reconhecerem as suas fontes de influência e os processos que permitam desenvolver uma identidade de liderança em enfermagem. No enquadramento teórico, aborda-se o processo de (re)construção das identidades – especificamente as identidades profissionais – contextualiza-se a profissão na história da Enfermagem e na sociedade, procura-se entender o processo de liderança e conhecer os possíveis intervenientes nesse processo.

Este estudo classifica-se como descritivo transversal, de natureza qualitativa, baseado na Teoria Ego-ecológica de Zavalloni e Louis-Guérin e na Teoria das Identidades biográficas e relacionais de Dubar. A investigação foi dividida em duas fases com uma amostra não probabilista por redes; na primeira fase utilizou-se o Inventário de Identidade Psicossocial de Zavalloni e Louis-Guérin com a participação de 102 enfermeiros, tendo, na segunda fase, 19 participantes da primeira fase, concluído o Método da Contextualização Representacional com a Análise de Redes Associativa.

Numa primeira fase do estudo, identificaram-se as identidades profissionais mais prevalentes da amostra – Identidade de Manutenção, Identidade Relacional, Identidade de Profissionalização e Identidade de Negociação – enquadrando-as nos sistemas de construção social coexistentes na sociedade atual, para compreender as implicações e influências profissionais nas representações sociais dos participantes.

Na segunda fase do estudo, apresentaram-se as influências profissionais nos contextos formativos escolares e de trabalho que desencadeiam transições identitárias, com o reconhecimento da importância das interligações dinâmicas identitárias dos sujeitos nos seus modos de relacionamento. Também se identificaram as referências profissionais dos enfermeiros nos líderes informais – líderes clínicos – e nos líderes formais – enfermeiros-chefes e professores de enfermagem – tal como os pontos comuns e as particularidades referenciais destes agentes de mudança, e os seus processos de lideranças.

Os resultados obtidos permitiram perspetivar um Modelo de Desenvolvimento de Identidades de Liderança em Enfermagem, com implicações importantes ao nível da prestação de cuidados, da gestão, da docência, da formação e da investigação.

Palavras-chave: Identidade, liderança, enfermagem, influências, referências, processos.



## Abstract

The transformations in society, teaching and work contexts have modified the professional relations of nurses, inducing a period of identity crisis prolonged in time within these professionals. Nurses in the face of socio-economic-political and organizational constraints are going through a stage of identity transitions. The object of study of this thesis - the influence of leaderships in the professional identity of nurses - becomes relevant for the nurses to recognize their bridges of influence and the processes that allow profession to develop a leadership identity in nursing. The theoretical framework deals with the process of identities (re)construction, specifically the professional identities, contextualizes the profession in the history of Nursing and in society, and tries to understand the process of leadership and the possible actors involved in this process.

This a cross-sectional descriptive study of qualitative nature based on the Ego-Ecological Theory of Zavalloni and Louis-Guérin and on the Theory of Dubar's biographical and relational identities. The research was divided in two stages with a non-probabilistic sample by networks. In the first stage, the Psychosocial Identity Inventory of Zavalloni and Louis-Guérin was used, with the participation of 102 nurses. In the second stage, 19 participants, from the first stage, concluded the Method of Representational Contextualization with Associative Networks Analysis.

The first stage of the study identifies the most prevalent professional identities of the sample - Maintenance Identity, Relational Identity, Professionalization Identity and Negotiation Identity - framing them in the social construction systems coexisting today, to understand the professional implications and influences in the social representations of the participants.

The second stage of the study presents the professional influences in the educational and work contexts that trigger identity transitions, with the recognition of the importance of the dynamic interconnections of the subjects' identities in their types of relationship. Nurses' professional references were also identified in informal leaders - clinical leaders and formal leaders - nurse-heads and nursing professors, such as the commonalities and referential particularities of these “agents of change”, and their leadership processes.

The results obtained allowed to prospect a model for Developing a Leadership Identity in Nursing, with important implications for the provision of nursing care, management, teaching, training and research.

Keywords: Identity, leadership, nursing, influences, references, processes.



## Abreviaturas, siglas e símbolos

ARA – Análise de Redes Associativas

ARS – Administrações Regionais de Saúde

CIT – Contrato Individual de Trabalho

CNL – Clinical Nurse Leader

COMPETE – Programa Operacional Fatores de Competitividade

DEP – Departamento de Formação Permanente

EPE – Entidades Públicas Empresariais

FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia

FEDER – Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional

FIPAIF – Formação Inicial de Profissionais de Ajuda e Identidades dos Formadores

i.e. – inventário e entrevista

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

IIP – Inventário de Identidade Psicossocial

ILIPE – Influência das Lideranças na Identidade Profissional de Enfermeiros

MCR – Método de Contextualização Representacional

MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional

MIO – Meio Interior Operatório

n.º – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE – Regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem

RN – Register Nurse

SA – Sociedades Anónimas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Setor Público Administrativo

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UL – Universidade de Lisboa

UR – Unidades Representacionais

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USCP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Pública

## Índice de quadros

Quadro 1. Tipologias de Identidades .....	147
Quadro 2. Matriz Temática.....	150
Quadro 3. Caraterização dos Entrevistados .....	222
Quadro 4. Matriz das Identidades Enfermeiros .....	234
Quadro 5. Matriz Identidade Atribuída Enfermeiros.....	243
Quadro 6. Matriz Identificação com os Professores de Enfermagem .....	259
Quadro 7. Matriz Identidade Equipa .....	271
Quadro 8. Matriz Identificação com os Enfermeiros-Chefes .....	281
Quadro 9. Matriz Identificação com Outros Profissionais .....	290
Quadro 10. Matriz de Identificação com os Médicos.....	293
Quadro 11. Matriz de Identificação com Pessoas Significativas e de Oposição .....	298
Quadro 12. Lideranças Profissionais .....	351

## Índice de tabelas

Tabela 1. Distribuição dos enfermeiros segundo a área geográfica .....	157
Tabela 2. Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência de formações .....	158
Tabela 3. Distribuição dos enfermeiros segundo a formação académica.....	158
Tabela 4. Distribuição Geográfica na Identidade de Manutenção.....	172
Tabela 5. Distribuição Geográfica na Identidade Relacional .....	181
Tabela 6. Frequência de Formações na Identidade Relacional .....	181
Tabela 7. Grupos de Assimilação (+) e Grupos de Oposição (-).....	207
Tabela 8. Frequência de Formações dos Entrevistados.....	221

## Índice de figuras

Figura 1. Etapas do Método de Contextualização Representacional (MCR) - Adaptado de Marta (2012) .....	140
Figura 2. Modelo Explicativo do MCR (continuação) .....	142
Figura 3. Tratamento dos Dados do Inventário Adaptado (IIP) – 1ª Fase.....	146
Figura 4. Estruturas utilizadas na Análise de Conteúdo .....	149
Figura 5. Matriz da Temática Influências Sociomotivacionais .....	151
Figura 6. Matriz da Temática Influências da Formação .....	151
Figura 7. Matriz da Temática Influências do Trabalho .....	152
Figura 8. Matriz da Dimensão Influências de Grupos Profissionais .....	152
Figura 9. Matriz da Temática Influências Identificadas e Consentidas.....	153
Figura 10. Caracterização da Identificação ou Identização.....	161
Figura 11. Propriedades elementares da identidade - Adaptado de Zavalloni e Louis-Guérin (1984, p. 73) .....	162
Figura 12. Identidade de Enfermeiros nos Resultados dos Inventários.....	163
Figura 13. Identidade Reivindicada de Enfermeiros nos Resultados dos Inventários (n=102) .....	164
Figura 14. Identidade Atribuída de Enfermeiro nos Resultados dos Inventários .....	165
Figura 15. Tipologias de Identidade de Enfermeiros nos Resultados dos Inventários (n=102) .....	170
Figura 16. Identidade de Enfermeiros na Identidade Manutenção .....	173
Figura 17. Identidade Idealizada e Rejeitada na Identidade de Manutenção .....	174
Figura 18. Identidade de Equipa na Identidade de Manutenção.....	176
Figura 19. Influências Reconhecidas na Identidade de Manutenção.....	179
Figura 20. Identidade de Enfermeiros na Identidade Relacional.....	182
Figura 21. Identidade Idealizada e Rejeitada na Identidade Relacional.....	183

Figura 22. Identidade de Equipa na Identidade Relacional .....	184
Figura 23. Influências Reconhecidas na Identidade Relacional .....	187
Figura 24. Identidade de Enfermeiro na Identidade de Negociação.....	189
Figura 25. Identidade Idealizada e Rejeitada na Identidade de Negociação .....	190
Figura 26. Identidade de Equipa na Identidade de Negociação .....	191
Figura 27. Influências Reconhecidas na Identidade de Negociação .....	194
Figura 28. Identidade de Enfermeiro na Identidade de Profissionalização .....	195
Figura 29. Identidade Idealizada e Rejeitada na Identidade de Profissionalização.....	196
Figura 30. Identidade de Equipa na Identidade de Profissionalização .....	197
Figura 31. Influências Reconhecidas na Identidade de Profissionalização .....	200
Figura 32. Identidades Profissionais dos Enfermeiros .....	217
Figura 33. Identidade de Enfermeiros nos Enfermeiros Entrevistados .....	226
Figura 34. Identidade Idealizada e Rejeitada nos Enfermeiros Entrevistados .....	226
Figura 35. Identidade de Equipa nos Enfermeiros Entrevistados.....	227
Figura 36. Influências Reconhecidas nos Enfermeiros Entrevistados.....	229
Figura 37. Influências Sociomotivacionais .....	233
Figura 38. Possíveis Contribuições de Enfermeiros-Chefes .....	287
Figura 39. Modelo de Identidades de Liderança em Enfermagem.....	352

## Índice de gráficos

Gráfico 1. Grupos de Assimilação e Dissociação.....	168
Gráfico 2. Grupos de Assimilação e Dissociação na Identidade Manutenção .....	176
Gráfico 3. Grupos de Assimilação e Dissociação na Identidade Relacional.....	185
Gráfico 4. Grupos de Assimilação e Dissociação na Identidade de Negociação .....	192
Gráfico 5. Grupo de Assimilação e Dissociação na Identidade de Profissionalização	198
Gráfico 6. Grupos de Assimilação e Dissociação nos Enfermeiros Entrevistados .....	228



# Índice geral

<b>I. Introdução</b> .....	25
1. Apresentação da problemática em estudo.....	27
2. Estrutura do trabalho desenvolvido .....	33
<b>II. Enquadramento teórico</b> .....	37
1. (Re)Construção das identidades profissionais .....	39
1.1. Socialização primária e secundária / profissional .....	39
1.2. Teorias e lógicas da identidade .....	44
1.3. Teoria das representações sociais.....	51
1.4. Identidades profissionais dos Enfermeiros portugueses .....	55
2. Influências históricas e sociopolíticas.....	63
2.1. Era vocacional dos Enfermeiros.....	63
2.2. Era profissional dos Enfermeiros .....	68
2.3. Era da autonomização dos Enfermeiros .....	77
3. Lideranças profissionais .....	89
3.1. Contextualização histórica do conceito de liderança .....	90
3.2. Lideranças intragrupais .....	93
3.2.1. Liderança dos Enfermeiros-Chefes .....	93
3.2.2. Liderança entre pares Enfermeiros.....	101
3.2.3. Liderança na formatividade – Professores de Enfermagem e Formadores	107
3.3. Influências intergrupais .....	124
<b>III. Metodologia</b> .....	131
1. Opções metodológicas .....	133
1.1. Questão de partida e objetivos .....	134
1.2. Amostra .....	135
1.3. Instrumentos de recolha de dados .....	136
1.4. Procedimentos formais e éticos.....	143
2. Tratamento e análise dos dados .....	145
2.1. Primeira fase da pesquisa .....	145
2.2. Segunda fase da pesquisa .....	148
<b>IV. Apresentação e análise dos resultados da primeira fase</b> .....	155
1. Caraterização da amostra .....	157
2. Configurações identitárias de enfermeiros.....	161

2.1. Propriedades elementares da Identidade Manutenção .....	171
2.2. Propriedades elementares da Identidade Relacional .....	180
2.3. Propriedades elementares da Identidade Negociação .....	188
2.4. Propriedades elementares da Identidade Profissionalização.....	194
2.5. Outras tipologias de identidades .....	201
<b>V. Discussão de resultados primeira fase.....</b>	<b>205</b>
1. Influências socioprofissionais.....	207
<b>VI. Apresentação e análise dos resultados da segunda fase .....</b>	<b>219</b>
1. Caraterização dos entrevistados.....	221
2. Propriedades elementares das identidades dos entrevistados .....	225
3. Apresentação e análise dos discursos dos entrevistados.....	231
3.1. Influências sociomotivacionais .....	232
3.1.1. Identidade Reivindicada de Enfermeiros .....	235
3.1.2. Identidade Idealizada de Enfermeiros .....	239
3.1.3. Identidade Rejeitada de Enfermeiros .....	242
3.1.4. Identidade Atribuída de Enfermeiros .....	243
3.1.5. Motivações e desmotivações.....	249
3.1.6. Perceção de desenvolvimento .....	251
3.1.7. Valorização profissional.....	251
3.2. Influências da formação na identidade profissional.....	252
3.2.1. Tipos de Formação .....	253
3.2.2. Valorização da formação.....	257
3.2.3. Influências dos Professores de Enfermagem.....	259
3.2.4. Propostas de alterações na formação.....	267
3.3. Influências do trabalho nas identidades profissionais.....	268
3.3.1. Apreciação do ambiente de trabalho .....	268
3.3.2. Influências de Equipa.....	270
3.3.3. Influências dos Enfermeiros-Chefes .....	281
3.3.4. Influências de Outros Profissionais de Saúde .....	289
3.3.5. Influências dos Médicos.....	293
3.3.6. Possíveis contribuições de Outros Grupos Profissionais .....	297
3.4. Influências identificadas e consentidas na Identidade Profissional .....	298
3.4.1. Apreciação de Pessoas Significativas .....	299
3.4.2. Processos de influência reconhecidos .....	301
3.4.3. Apreciação de Pessoas de Oposição .....	302

<b>VII. Discussão de resultados da segunda fase</b> .....	305
1. A Influência das lideranças na identidade profissional de Enfermeiros .....	307
1.1. Liderança como mediadora da formatividade e da identidade.....	308
1.2. Dinâmicas identitárias profissionais .....	312
1.3. Identidades de liderança nos Enfermeiros.....	323
1.4. Identidades de liderança nos Enfermeiros-Chefes .....	326
1.5. Identidades de liderança nos Professores de Enfermagem .....	330
1.6. Influências de Outros Profissionais.....	335
1.7. Processos de liderança .....	339
1.8. Modelo de Desenvolvimento de Identidades de Liderança em Enfermagem .....	341
<b>VIII. Conclusão</b> .....	353
1. Das conclusões às implicações do estudo .....	355
<b>Referências bibliográficas</b> .....	365
<b>Anexos</b>	



---

## **I. Introdução**



## 1. Apresentação da problemática em estudo

Numa Era que se diz de globalização, as crises sociais, económicas e políticas sucedem-se e modificam as relações sociais, familiares e de trabalho. A identidade do sujeito sofre influências do meio exterior, mas também exerce o seu papel ativo como autor de transformações do coletivo, sendo fruto de transformações e transformando (Dubar, 1997). Um dos grupos profissionais que mais transformações tem sofrido, ao longo da história, é o dos enfermeiros, especialmente no contexto sociopolítico atual.

Com a entrada de Portugal na União Europeia, a sociedade e o ensino sofreram alterações, modificando, por conseguinte, as profissões. Inicialmente este processo teve repercussões disciplinares e sociais que contribuíram para a valorização da profissão de Enfermagem, particularmente ao nível da formação e do reconhecimento académico. A partir de 2008, Portugal, tal como os outros países da União Europeia, confronta-se com crises económicas e financeiras com reflexos na ausência de progressão da carreira e o não reconhecimento da formação e das experiências profissionais dos enfermeiros.

Além disso, as novas formas de organização no campo da saúde, inserem-se num clima de transformações complexas e exigentes, requerendo dos enfermeiros o exercício da liderança nos seus contextos de trabalho, no relacionamento de equipas – intra e interprofissionais e desenvolvendo inovações e mudanças nas práticas de cuidados. Segundo Frederico-Ferreira e Silva (2012), as alterações no setor da saúde e nas instituições com a Nova Gestão Pública, resultaram em mudanças ao nível da carreira, vínculos e formas de gestão “que por vezes podem ser contrastantes com os valores dos profissionais de enfermagem, nomeadamente no que respeita a indicadores de trabalho qualitativos e relacionais assumidos no processo de cuidar” (p. 86).

No meu exercício profissional como enfermeira, deparo-me com situações de expressão de desânimo e desalento profissionais manifestadas pelos colegas. As diversas identidades encontram-se em crise, mas a “crise” da identidade profissional é mais evidente no contexto de prestação de cuidados. A profissão de Enfermagem encontra-se num trajeto incerto, onde as “crises” se fazem sentir, pois se atualmente a cientificidade profissional foi reconhecida aos enfermeiros, o mesmo não se pode afirmar quanto ao reconhecimento social, encontrando-se atualmente em contexto de desvalorização e

desmotivação profissionais. Segundo Jesus, Pinto, Fronteira e Mendes (2014), os níveis *burnout* nos enfermeiros estão a aumentar em Portugal, alertando para as consequências negativas que daí podem advir, sobretudo “aos níveis profissional, organizacional e da qualidade e segurança dos cuidados aos utentes” (p. 58), que podem ser prevenidos com uma maior atenção nos ambientes de trabalho.

Assim sendo, alguns profissionais de enfermagem encontram-se num estado de constrangimentos e desinvestimento na profissão, tornando-se, neste contexto, crucial identificar as lideranças existentes na enfermagem para criar pontes de influência entre as diversas identidades profissionais, com vista ao desenvolvimento de uma identidade de liderança em enfermagem capaz de se afirmar como profissão autónoma e essencial à sociedade, conseguindo os reconhecimentos social e político ambicionados.

Abreu (2001) refere que 2001 constituiu um ano de transição para a Enfermagem que se tem prolongado, provocando segundo o autor a indefinição de identidades que se estende para a natureza dos cuidados de enfermagem. Um estudo, sobre como as identidades profissionais são afetadas pelas relações de poder, identifica implicações importantes na construção das identidades profissionais, que variam entre o controlo e submissão por um lado e a inovação e a assertividade por outro (Fernandes, 2011).

Com efeito, os cuidados de enfermagem necessitam de profissionais de enfermagem que desbravem caminhos pelo seu desenvolvimento em prol da profissão e dos utentes. Reconhecem-se na prática alguns discursos de influências de pessoas significativas (líderes), que merecem ser estudados, evidenciados e proliferados no percurso profissional dos enfermeiros, sendo necessário conhecer e encontrar processos que possam ser utilizados em defesa do desenvolvimento dos mesmos.

Stanley (2012) enfatiza a necessidade de se estudar a “*clinical leadership*”, para a sua identificação e reconhecimento nas organizações de saúde dos “*clinical leaders*”, no sentido de realizar mudanças inovadoras que desenvolvam e melhorem os cuidados, os serviços, a qualidade e o profissionalismo. O mesmo autor também defende que estes líderes podem ser líderes formais, mas os que se encontram mais no exercício profissional são os denominados líderes informais, adotando um papel de referência sobre os seus pares, tendo estes elementos-chave um papel central na construção e reconstrução da identidade profissional dos enfermeiros.

Num estudo realizado no Reino Unido, Ogilvie (2012) concluiu que os enfermeiros se identificavam com a profissão, quando referiam que eram liderados e influenciados por enfermeiros, quer fossem líderes formais, quer no reconhecimento da proliferação dos

líderes informais, ou seja, as lideranças intragrupo. Estas lideranças permitem um maior sentido de pertença ao grupo profissional, um maior empenho e identificação profissional, que se consegue com o reconhecimento de suporte dentro da profissão e consequentemente o desenvolvimento profissional.

Além do mais, face às mudanças na sociedade e nos contextos de trabalho, os enfermeiros têm que adquirir e desenvolver competências que lhes permitam melhorar as suas práticas, conquistar o seu lugar na equipa e o reconhecimento social, que pode ser conseguido pelo desenvolvimento de uma identidade de liderança em enfermagem, numa definição de liderança como “a relational and ethical process of people together attempting to accomplish positive change.” (Komives, Lucas & McMahon, 2013, p.14), deste modo considerado um processo relacional, contínuo e dinâmico.

A liderança nas teorias tradicionais têm-se centrado em demasia nos líderes formais, apesar de estes serem importantes agentes de mudanças nos contextos de trabalho com a promoção de climas de trabalho colaborativos e reflexivos, a liderança tem que passar a ser percebida e visualizada como potencial ou passível de desenvolvimento nos elementos da equipa de enfermagem, com um papel preponderante dos líderes informais que, ao se desenvolverem, transformam os seus pares, conseguindo o *empowerment* da equipa de enfermagem na sua autonomia.

Neste sentido, torna-se importante compreender, nos contextos de trabalho, as identidades profissionais existentes nos enfermeiros e compreender o papel dos líderes nas suas identidades no intuito de conhecer os contributos destes para a construção/reconstrução das identidades profissionais e consequentemente para o seu desenvolvimento profissional. Assim, perante o interesse nestes processos, as ditas influências que permitem a reconstrução de identidades, levanta-se a questão central deste trabalho: **Qual a influência das lideranças na (re)construção da identidade profissional de enfermeiros?**

Torna-se fundamental estudar a relação da identidade com o trabalho e compreender a influência das lideranças nessa identidade profissional dos enfermeiros. Para isso, a questão central deste trabalho desdobra-se nos seguintes objetivos:

- Identificar as pessoas e as situações profissionais que exerceram influência e/ou liderança sobre os enfermeiros nos seus percursos académico e profissional e quais as suas características;
- Identificar as pessoas e as situações profissionais que influenciaram a identidade dos enfermeiros;

- Conhecer a percepção dos enfermeiros acerca da influência dos líderes formais (enfermeiros-chefes e professores de enfermagem), líderes informais (seus pares) e dos outros grupos profissionais;
- Analisar os elementos constituintes da identidade individual e coletiva dos enfermeiros (identificações/diferenciações, afetividades e valorizações);
- Entender os processos de construção e reconstrução da identidade profissional dos enfermeiros;
- Conhecer as configurações identitárias presentes nos enfermeiros;
- Entender o processo de influência das lideranças na (re)construção das identidades profissionais dos enfermeiros, com o intuito de perspetivar os contributos da liderança para o desenvolvimento profissional.

Para a consecução destes objetivos, seguir-se-ão trajetos teóricos e empíricos que permitirão saber como os enfermeiros se transformaram, como se transformam para posteriormente conhecer como se veem como enfermeiros, como veem os outros enfermeiros e como se identificam com a profissão que desempenham e como a liderança intervém nestes processos.

Na verdade, esta pesquisa enquadra-se num registo inovador, tendo em conta que na revisão da literatura que foi efetuada não se encontraram estudos específicos sobre a problemática em foco a nível nacional, e também por isso se chama a atenção para a sua relevância. Espera-se contribuir para entender a profissão de Enfermagem em Portugal nos nossos dias e conhecer os processos de desenvolvimento profissional. Para tal, consideram-se os contextos histórico, político e social envolventes, o que permitirá compreender como os enfermeiros têm um papel marcante na sua própria história (Enfermagem), como enfermeiros do exercício profissional, da docência e da gestão.

Para além disso, esta tese insere-se num dos Eixos Prioritários de Investigação definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2006), designadamente “estudos que abordem estratégias inovadoras de gestão/liderança e organização do trabalho favorecedoras de contextos de trabalho que promovam e facilitem a qualidade dos cuidados.” (p. 4).

Efetivamente, este trabalho pretende trazer contributos para a formação de estudantes de enfermagem (docência) e para as relações de trabalho dos enfermeiros (gestão e prestação de cuidados), com a identificação de líderes que são as pessoas escolhidas por cada indivíduo para a sua identificação na identidade profissional e que,

por isso, interferem/influenciam na sua própria identidade e no seu desenvolvimento profissional.

Com a identificação destas lideranças e influências profissionais, dos seus agentes e autores de mudança e inovação, nas diversas situações de influência e nos processos envolvidos, propõe-se um Modelo de Desenvolvimento de Identidades de Liderança em Enfermagem, reconhecendo as potencialidades e o desenvolvimento da liderança nos profissionais de enfermagem nos contextos formativos e profissionais, para a construção de uma identidade de liderança profissional que permita mudança e inovação nas práticas profissionais dos enfermeiros.



## 2. Estrutura do trabalho desenvolvido

Na introdução, realiza-se a contextualização da problemática, das motivações da investigação, apresentaram-se os objetivos central e específicos, tal como a pertinência e os possíveis contributos desta temática para a profissão, nomeadamente para a mudança e inovação das práticas de enfermagem.

De seguida, delinea-se um trajeto teórico que pretende enquadrar a pesquisa com os contributos teóricos e compreender a problemática em estudo - **A influência das lideranças na identidade profissional de enfermeiros**. Assim, pretende-se na parte teórica deste trabalho compreender o processo de construção das identidades - especificamente as identidades profissionais, contextualizar a profissão na história da Enfermagem e na sociedade, tal como entender o processo de liderança e conhecer os possíveis intervenientes nesse processo.

Neste sentido, atribui-se um capítulo à análise da construção, desconstrução e reconstrução das identidades, este contextualiza a sociedade e as profissões, elucida os contributos das Teorias e Lógicas das Identidades e exploram-se os estudos realizados no âmbito das identidades profissionais de enfermeiros. Note-se que a identidade é um processo contextual, dinâmico e interrelacional, baseando-se esta pesquisa na Teoria da Identidade de Dubar (1997) e na Teoria das Representações Sociais de Zavalloni e Louis-Guérin (1984) e como estas são fundamentais para o entendimento das identidades profissionais e suas transformações, sendo estas as bases teóricas essenciais para esta pesquisa. A identidade profissional da enfermagem foi estudada em contexto nacional e reconhecem-se as alterações que a sociedade e a profissão de Enfermagem sofreram, desencadeando novos perfis identitários que necessitam ser estudados. Todavia, não se encontraram estudos nacionais relacionados com a temática que se pretende estudar – a influência das lideranças na identidade profissional de enfermeiros.

Posteriormente, considera-se de extrema importância conhecer e reconhecer o contexto sociopolítico e histórico da profissão de Enfermagem e de que forma ocorre a construção das identidades profissionais, para tentar entender como se têm transformado as identidades dos enfermeiros ao longo destas últimas décadas em Portugal. Nesta

perspetiva, pretende-se entender como evoluíram os cuidados de enfermagem e a sua significação ao longo dos tempos, para desta forma se compreender como a evolução histórica da sociedade e da profissão de Enfermagem influencia a perceção dos enfermeiros, a perceção da sociedade sobre a profissão e conseqüentemente sobre o que são cuidados de enfermagem e como estes afetam a identidade profissional, como são entendidos os constrangimentos sociais, económicos e políticos que a profissão e os profissionais atualmente enfrentam, desencadeando crises identitárias.

O capítulo seguinte explora o processo de liderança, discorrendo sobre a sua evolução histórica e o enquadramento do que foi estudado em Portugal acerca desta temática. Estas abordagens contribuem para o entendimento do conceito de liderança de uma forma mais abrangente. Entende-se o conceito de líder, como aquele que influencia o outro e por isso pode ser qualquer pessoa que o outro veja como referência – com quem se identifique a nível profissional. Ao estudar as possíveis influências dos enfermeiros, reconhecem-se os intervenientes nos contextos formativos e profissionais que podem exercer influências em forma de liderança, considerados como referências profissionais: enfermeiros-chefes, professores de enfermagem e líderes informais, (estes também denominados de líderes clínicos), e influências profissionais decorrentes de trabalho de equipa interprofissional de outros profissionais de saúde, de forma mais preponderante os médicos.

Esta pesquisa enquadra-se num paradigma qualitativo em investigação, apesar de recorrer a procedimentos metodológicos de natureza não só qualitativa como também quantitativa, que favoreceram a triangulação de dados. O estudo caracteriza-se por ser transversal, porque apesar de ter em conta uma perspetiva histórica para contextualizar os dados em análise, estes são recolhidos num intervalo de tempo e exploratório descritivo, visto a compreensão da influência das lideranças na identidade ter sido muito pouco estudada em Portugal em relação aos enfermeiros e não se encontraram estudos que tenham pretendido conhecer as influências transmitidas pelos líderes na identidade dos enfermeiros, em Portugal.

Segue-se o percurso da Teoria Ego-ecológica de Zavalloni e utiliza-se como instrumento de recolha de dados o Inventário da Identidade Psicossocial de Zavalloni e Louis-Guérin (1984) adaptado por Lopes et al. (2011), no âmbito do projeto FIPAIF - Formação Inicial de Profissionais de Ajuda e Identidades dos Formadores, um estudo sobre o ensino e a enfermagem, financiado pela FCT/FEDER/COMPETE; acrescenta-se nesta pesquisa, a continuação do instrumento que se baseia na Técnica de Análise de

Redes Associativa (ARA) e a colocação de algumas questões sobre a influência de enfermeiros nos trajetos profissionais, quando julgado necessário.

Deste modo, após se dedicar um capítulo à metodologia, os procedimentos formais e informais para a concretização desta pesquisa, os instrumentos de recolha de dados e a forma de tratamento e análise dos dados, realiza-se, então, a apresentação de resultados, logo de seguida, a sua interpretação e posterior discussão de resultados. De início, sobre os dados e resultados da primeira fase e depois, sobre os dados e resultados da segunda fase desta pesquisa.

Na discussão de resultados da primeira fase, enquadram-se as identidades profissionais identificadas mais prevalentes (**Identidade de Manutenção, Identidade Relacional, Identidade de Profissionalização e Identidade de Negociação**) nos sistemas de construção social (Sociedade Comunitária, Sociedade Estratégica e Sociedade Societária) que permitem entender os sujeitos tendo em conta as suas representações e conseqüentemente as implicações e influências profissionais.

Na discussão de resultados da segunda fase, identificam-se as influências profissionais nos contextos formativos escolares e de trabalho desencadeadoras de transições identitárias. De seguida, apresentam-se as reorganizações dinâmicas identitárias das identidades profissionais previamente identificadas na fase anterior de pesquisa no que diz respeito à **Visão da Profissão de Enfermagem, à Visão dos Cuidados e à Visão do Alvo de Cuidados**, reconhecendo estas diferentes categorizações nas identidades nas suas formas biográficas e relacionais (**Identidades Reivindicadas, Identidades Atribuídas, Identidades Idealizadas, Identidades Rejeitadas**), para entender como ocorrem as influências profissionais. A seguir, dedicam-se os seguintes subcapítulos aos autores de influências profissionais, reconhecendo-os como referências profissionais para os enfermeiros, nas figuras de líderes informais ou líderes clínicos, enfermeiros-chefes e professores de enfermagem. Termina-se este capítulo com a construção de **Um Modelo de Desenvolvimento de Identidades de Liderança em Enfermagem**, que poderá trazer contributos para o desenvolvimento profissional e para desencadear transições identitárias relevantes ao nível da prestação direta de cuidados, gestão e ensino.

Finaliza-se este percurso com um capítulo destinado às considerações finais, onde se apresentam os principais resultados, as implicações deste trabalho e as sugestões para investigações futuras. Os anexos encontram-se gravados em CD e apensos à última página da tese.



---

## **II. Enquadramento teórico**



“(…) não se faz a identidade das pessoas sem elas e, contudo, não se pode dispensar os outros para forjar a sua própria identidade.” (Dubar, 1997, p. 110)

## 1. (Re)Construção das identidades profissionais

Este capítulo desenvolve a compreensão do que é a identidade, com os seus processos de transformação, as suas lógicas e teorias, como foi estudada e visualizada a identidade profissional dos enfermeiros, a nível nacional, e enquadra este estudo na teoria das representações sociais para entender o processo de construção e reconstrução das identidades profissionais dos enfermeiros através da Teoria Ego-ecológica de Zavalloni e Louis-Guérin (1984).

De modo estruturado, explica-se como as identidades se constroem e reconstroem, tendo em conta o desenvolvimento, quer da sociedade, quer do estudo da identidade; evidenciando o estudo das representações sociais para a compreensão da identidade profissional. Pretende-se concluir este capítulo com a perspetiva dos estudos realizados em Portugal que, de alguma forma, abordaram as identidades profissionais dos enfermeiros.

### 1.1. Socialização primária e secundária / profissional

A identidade, segundo Dubar (1997), é produto de várias socializações. Sendo assim, é o resultado das interações do *Eu* com os *Outros*, exigindo por isso, interações “interiores” e “exteriores”. A identidade é definida como o resultado “simultaneamente estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, em conjunto, constroem os indivíduos e definem as instituições” (Dubar, 1997, p. 105). Deste modo, inicia-se a construção da identidade na infância e constrói-se/reconstrói-se permanentemente, ao longo da vida, com a interação de diversas instituições. Inicialmente com a família, mais

preponderantemente com a mãe, depois com a escola, grupos de amigos, emprego, passatempos, religião e outras (*ibid.*).

Dubar (2006) refere que as identidades profissionais “são maneiras socialmente reconhecidas para os indivíduos se identificarem uns aos outros no campo do trabalho e do emprego” (p. 85).

Segundo o autor, uma das primeiras tendências evolutivas foi passar de uma abordagem de trabalho prescritivo e linear para a percepção do trabalho como resolução de problemas, permitindo ao indivíduo inovação e criatividade pessoal e coletiva.

Segue-se outra tendência da visualização do trabalho como aquisição e desenvolvimento de competências, as competências reconhecidas como essenciais: o saber, o saber-fazer e o saber-estar; foram posteriormente substituídas por qualidades: responsabilidade, iniciativa e trabalho de equipa. Ao indivíduo cabe a responsabilidade de desenvolver as competências e qualidades necessárias e, caso não opte por essa via, estará sujeito ao sofrimento (Dubar, 2006). Assim, o trabalhador face à desqualificação vivencia o sofrimento no trabalho manifestado, quer por ansiedade, quer por insatisfação (Dejours, 1991).

Posteriormente, surge a tendência do trabalho como relação de serviço, em que a centralidade do trabalho se foca na relação com o cliente e com a satisfação das suas necessidades (Dubar, 2006). Estas diferentes formas ou tendências de perceber o trabalho poderão permitir ao indivíduo posicionamentos profissionais diversos que influenciam a identidade profissional do sujeito em construção.

De acordo com Santos (2000), possuir uma identidade “é, ao mesmo tempo, ser alguém único, com características idiossincráticas e ser alguém igual aos outros, no sentido de partilhar com o grupo significados comuns” (p. 152).

Contudo, a construção das identidades profissionais não ocorre “apenas devido à pertença de um indivíduo a um grupo: é a trajetória e o percurso de vida do indivíduo que permite moldar a sua identidade” (Abreu, 2001, p. 22). Porém, a identidade profissional “relativa a um grupo é local e singularmente reelaborada adquirindo formas específicas que podem ser comuns a vários sujeitos do mesmo grupo” (Costa e Silva, 2003, p. 97). Também Dubar (2006) refere que a identidade se constrói na interligação de dois vetores: a generalização e a diferenciação. Segundo o autor, existem dois tipos de identificação: a identificação atribuída pelo *Outro* e a identificação reivindicada por *Si*.

Segundo Dubar (1997), as instituições rotulam o indivíduo, criando as identidades “*virtuais*” - emprestadas e o indivíduo pode ou não incorporar essas identidades e torná-

las identidades “*reais*” – atribuí-las a *Si* próprio. Assim, o indivíduo pode aceitar ou rejeitar as identidades atribuídas, conforme estas coincidam ou não com as identidades reivindicadas.

Nesta confrontação de construção identitária, o sujeito pode acomodar a sua identidade à identidade do *Outro* ou salvaguardar as identidades “*herdadas*” - identificações anteriores - e desejar construir novas identidades - identidades “*visadas*” (Dubar, 1997). Neste sentido, a construção identitária pode fazer-se por ruturas ou continuidades entre identidade herdada e visada, traduzindo-se “tanto por acordos como por desacordos entre identidade virtual, proposta ou imposta pelo outro, e identidade real interiorizada ou projetada pelo indivíduo” (Dubar, 1997, p. 108).

Nesta ordem de ideias e de acordo com Dubar (1997), a identidade constrói-se através de duas transações, a biográfica e a relacional. A propósito, Lopes, A. (2001) explicita que a transação biográfica ocorre através de dois processos, continuidade ou rutura, e a transação relacional por reconhecimento ou não reconhecimento do outro. Deste modo, a identidade situa-se em “compromissos “interiores” entre identidade herdada e identidade visada, mas também de negociações “exteriores” entre identidade atribuída pelo outro e identidade incorporada para *Si*” (Lopes, A., 2001, p. 200).

De acordo com Lopes, A. (2001), o grupo de trabalho é fundamental para a construção identitária, e desenvolve-se nas relações sociais, nos conflitos, nas identificações e diferenciações do indivíduo com o seu grupo profissional, com vista à emancipação do sujeito. Assim, a socialização acontece com as sucessivas identificações positivas e negativas, numa “ambivalência entre o desejo de ser como os outros, aceite pelos grupos de que se faz parte ou aos quais se quer pertencer e a aprendizagem da diferença ou o desejo de oposição àqueles grupos” (Dubar, 1997, p. 32).

Tap (1988) refere um outro termo – identização - na construção identitária que se aproxima do conceito de diferenciação. Neste sentido, a construção identitária parte também destes dois processos, o da identificação – processo em que os indivíduos interiorizam as regras e comportamentos sociais ou grupais e os imitam, se fundem, e o da identização, processo pelo qual os indivíduos se diferenciam e se autonomizam.

Pinto (1991), também, se baseia na distinção de Tap (1988) sobre estes dois processos, para explicar a construção identitária, referindo que a as identidades se constroem, quer por inclusão, quer por exclusão, alimentando-se de alteridades que podem ser referências reais ou imaginárias, com a dificuldade, quer na definição estática, quer coerente da identidade, porque parte de ambivalências – fusão e conflito.

Tap, Roudès e Antunes (2014) referem que a identização é um processo de transformação de identidades, das representações e atos associados. Sendo uma transformação tanto ilusória como paradoxal, que permite permanecer o mesmo (mesmidade), fortalecer o *eu* (singularização) e transformar-se na alteridade, tentando preencher as lacunas, explicar o inexplicável e apropriar-se do imprevisto.

Os autores defendem que a identização profissional é um processo de lidar com as aspirações, as motivações, as promoções, as relações pessoais e as orientações de interesses, que permite aceder ao *empowerment* do pensamento, da expressão, do agir, do contestar e obedecer de uma forma não submissa. Através do reconhecimento das margens de liberdade, o “autor” pode desenvolver as suas capacidades potenciais e transformar os recursos em liberdades reais e positivas, de mobilização individual e coletiva, que podem ser definidas como estratégias de negociação identitárias. Desta forma o indivíduo autonomiza-se ao transformar as liberdades abstratas em oportunidades reais.

Tap (1988) alerta que a identização é um processo identitário, que pode ser confundido com individualismo, assim, existe a necessidade de conhecer quais as motivações e interligações do indivíduo à alteridade, porque se levado ao extremo pode surgir o ostracismo do *Outro*. Assim, é necessário conhecer o indivíduo ou grupo social, antes de se pronunciar se se está num processo efetivo de identização, de procura de individualidade ou de individualismo.

Lopes (2002) refere que a identidade profissional de um grupo “corresponde a representações e a estruturas de ação que certos grupos de pessoas com uma mesma profissão partilham sobre o para quê, o quê, o como e o onde da sua ação” (p. 9), sendo a identidade pessoal a que se interliga com a profissional, uma vez que de um determinado grupo ou cultura o indivíduo assume (identifica-se) ou rejeita (diferencia-se) as possibilidades.

Lopes, A. (2001) distingue identidade individual e coletiva, referindo que o indivíduo se constrói nestas duas polaridades e que os conflitos são vistos como oportunidades para a autonomia. As identidades coletivas, segundo a autora, explicitam lógicas comuns de trabalho que permitem prever comportamentos práticos. No entanto, a autora, ainda, chama a atenção para o facto de que nem todos possuem os mesmos meios - pessoais, sociais e de reconhecimento – que lhes permitam viver os conflitos com identificações e diferenciações sem que ocorra rutura ou perda identitária.

Segundo esta mesma autora, o grupo de trabalho é o local de reconhecimento do indivíduo que troca o sofrimento pelo prazer no trabalho, mas o reconhecimento não depende apenas dos participantes e seus relacionamentos, depende também da organização do sistema institucional, das dimensões materiais e simbólicas, que permitam a autonomização sem perdas, num clima em que “a vários pontos de vista seja reconhecido, pelo menos, igual caráter de importância” (Lopes, A., 2001, p. 213).

Goffman (1993) descreve a vida em sociedade como um palco - o palco das representações diárias – onde os desempenhos teatrais implicam recompensas ou punições que interferem na reputação e identidade do indivíduo. A pessoa que desempenha um papel, seja ele familiar, profissional ou outro, depende em larga medida de *Si*, mas também do *Outro*, ou seja, a identidade constrói-se com o *Outro* que pode ser o *Outro* - instituição (normas e leis - cultura) e / ou o *Outro* - ser-social.

No entanto, apresentam-se vários desempenhos conforme os contextos em que se está inserido. A este respeito, Goffman (1993) refere a existência da fachada e dos bastidores para explicar este fenómeno. Deste modo, os comportamentos estão culturalmente ligados e interligados com as personagens com quem nos deparamos ao longo do trajeto como seres sociais. O “desempenho”, a que se refere Goffman (1993), constitui a base das relações sociais, e será definido como “toda a atividade de um determinado participante num dado momento, que tem como efeito influenciar seja de que maneira for algum dos outros participantes.” (p.27).

Quanto à identidade de papéis, Kaufman (2005) refere que o indivíduo, ao longo da sua trajetória social, adquire “uma memória emocional, hierarquizando as identidades suscetíveis de intervir numa tomada de papel” (p. 67), estando a identidade profissional aliada a outras identidades sociais e pessoais.

Atendendo a que a identidade depende do *Outro*, a identidade idealizada de facto é assumida, se existir reconhecimento no grupo. Assim, se as identidades individuais podem realmente transformar/reconstruir identidades coletivas de uma profissão, podem-se descobrir quais as identidades profissionais presentes atualmente na profissão de Enfermagem e perspetivar identidades visadas e idealizadas que podem mesmo desabrochar.

Lopes (2002) refere que a construção das identidades depende, quer da existência de um grupo com interações positivas e produtivas, quer de pessoas escolhidas no grupo para fornecer reconhecimento pelas mudanças operadas. Desta forma, este estudo com identificação de líderes - as pessoas escolhidas pelo indivíduo para a sua identificação na

identidade profissional e que interferem/influenciam a construção da sua identidade - poderá encontrar os processos que permitirão transformar os saberes profissionais dos enfermeiros.

## 1.2. Teorias e lógicas da identidade

Dubar (1997) refere que as crises de identidade se sucedem após uma crise socioeconómica. Crise que, na sua dimensão atual, é referida pelo autor como uma crise original pelas suas características de prolongamento no tempo, “pelas suas manifestações e pelos seus processos (desemprego e inflação, retoma e recessão)” (Dubar, 2006, p.14). Esta crise, que afeta, “ao mesmo tempo, os comportamentos económicos, as relações sociais e as subjetividades individuais” (Dubar, 2006, p.15), é definida pelo autor como antropológica. Podendo a crise identitária definir-se como alterações que destabilizam os sistemas simbólicos anteriores, projetando-se numa sintomatologia da mudança do sistema de reprodução social.

A modernidade alicerça-se num modelo cultural que se encontra em mudança, este estrutura-se na:

racionalidade tecnológica, única, elitista e masculina, a conceção concorrencial das relações sociais, as perspetivas da sociedade como totalidade homogénea e do indivíduo como autossuficiente e uno, as representações de ordenação social pela exclusão do diferente, as conceções de formação pessoal pelo recalçamento e de ideia de progresso linear e previsível se determinam mutuamente, mesmo que nas suas contradições (Lopes, A., 2001, p. 28).

Com o desenvolvimento do fenómeno da globalização, definido como “a intensificação das relações sociais de escala mundial, relações que ligam localidades distantes de tal maneira que as ocorrências locais são moldadas por acontecimentos que se dão a muitos quilómetros de distância e vice-versa.” (Giddens, 1996, p.45), a globalização traduz-se numa tendência de generalização de alguns comportamentos e de manifestações socio-político-económicas de uma sociedade, simultaneamente, perto e distante.

Segundo Lopes, A. (2001), as mudanças sociais, a globalização e a mediatização culminam numa sociedade de mercado e consumista; se alguns conseguem ultrapassar sentimentos de incerteza, parcialização e insuficiência com a identidade baseada no

sucesso - muitas vezes confundido com competitividade - conseguido “pela visibilidade nas malhas e vias do sistema” (p.30), outros procuram a automatização de comportamentos e rotinas que lhes dão uma sensação de segurança. Estes comportamentos são designados pela autora como sinais de alienação do indivíduo.

Giddens (2001) identifica este período de constante incerteza em que nos encontramos como Modernidade Tardia, na qual “a influência dos acontecimentos distantes sobre os eventos próximos, e sobre as intimidades do *Self*, torna-se cada vez mais um lugar-comum.” (p.4).

A propensão da Modernidade Tardia para a crise tem, segundo Giddens (2001), consequências desestabilizadoras, ao alimentar “um clima de incerteza geral que é perturbador para o indivíduo, por muito que ele tente esquecer-se disso, e, inevitavelmente, expõe toda a gente a uma diversidade de situações de crise, de maior ou menor importância, situações essas que poderão, por vezes, ameaçar o próprio núcleo da autoidentidade” (p. 170).

Na sociedade caracterizada pela Modernidade Tardia surge o que Lopes, A. (2001) refere ser o registo da esperança, onde se articula o local com o global, transformando-se e repensando-se novas formas de construção das relações sociais. A autora acrescenta que os indivíduos passam a ter um papel mais ativo como atores que negociam com as diversas interações sociais da vida quotidiana.

Dubar (2006) refere que, atualmente, coexistem quatro formas identitárias que emergiram das mudanças da sociedade. São elas: a cultural, a estatutária, a reflexiva e a narrativa. Estas formas de identificar os indivíduos surgem na tentativa de combinação entre transações relacionais (comunitárias ou societárias) e transações biográficas (para o *Outro* e para *Si*). As transações relacionais são inscritas numa socialização comunitária em que se pretende a unificação e reprodução ou numa socialização societária que se requer uma dissociação e autonomização do ator social (*ibid.*).

A forma identitária cultural é caracterizada pela identificação de tipo biográfico (para o *Outro*) e de tipo comunitário, em que o indivíduo se identifica, tendo em conta a sua pertença a um grupo local e a sua cultura herdada (*ibid.*).

A forma identitária estatutária caracteriza-se pelas interações num sistema hierarquizado e instituído, no qual o indivíduo se constrói num ser social e no desempenho de papéis devido às pressões de integração das instituições (família, escola, grupos profissionais e Estado) (*ibid.*).

A forma identitária reflexiva corresponde ao compromisso e à identificação a um projeto comum com *Outros* significativos – os pares, que exige uma consciência de um *Si* reflexivo (*ibid.*).

A quarta forma identitária é denominada por narrativa, porque biográfica, tendo em conta que no, seu projeto de vida, o indivíduo deseja o reconhecimento, não só do *Outro* significativo, como também do *Outro* generalizado, em busca da realização pessoal e do sucesso económico (*ibid.*).

No entanto, apesar de o autor referir quatro formas identitárias distintas, evidencia o seu uso na vida social por um mesmo indivíduo, dependente das interações sociais e dos denominados «recursos de identidade». Neste sentido, o autor exemplifica o uso destas quatro formas identitárias na identificação da pessoa a um nome e apelido (identidade cultural), a uma função/papel desempenhado (identidade de grupo estatutária), com o reconhecimento de uma identificação íntima (identidade reflexiva) e com identificação mais biográfica de conflitos, consensos e interações inseridos num percurso de vida (identidade narrativa).

De acordo com Lopes, A. (2001), a crise da Modernidade deve-se às rápidas transformações ocorridas na sociedade, que levaram ao excesso de assimilação definido como a incorporação do “novo” no “velho” e à carência de acomodação definido como reajustamento, isto é, com o “velho” criar novos significados e recriar o “novo”.

Assim, a Modernidade Tardia exige que se vá mais além do que a mera reprodução social, uma mudança social baseada numa socialização secundária transformadora que permita mudanças identitárias mais subjetivas, conseguidas com a atribuição de significado à vida social (*ibid.*). A mesma autora refere que o estudo e a análise das identidades foram efetuados, tendo em conta os desenvolvimentos da sociedade e das relações sociais, que vão desde as teorias funcionalistas às teorias da construção da realidade social.

Segundo Lopes, A. (*ibid.*), na primeira etapa da Modernidade, valoriza-se essencialmente a reprodução numa comunidade tradicional que se funde numa lógica de integração; posteriormente, na segunda etapa da Modernidade assiste-se a uma valorização da competitividade, em conformidade com o mercado, em que os atores se posicionam numa lógica de estratégia; numa sociedade em evolução/construção surge uma sociedade referenciada por um tempo de Modernidade Tardia em que o indivíduo adquire um reconhecimento da sua capacidade crítico-reflexiva e de significância, numa lógica de subjetivação.

Nas teorias da identidade na lógica da integração, enquadram-se as concepções de socialização da «consciência coletiva comum» de Durkheim, o objetivo de «estabilidade normativa» de Parsons e o «habitus» de Bourdieu. Estas teorias concorrem para uma socialização que visa fundamentalmente uma função regulatória, com a integração das normas dos grupos de pertença e a passividade e/ou submissão perante a hierarquia, com finalidade da manutenção social. A teoria de Bourdieu é visualizada como uma teoria de transição para a lógica da estratégia (*ibid.*).

Segundo a mesma autora, as teorias da identidade, na lógica da estratégia, exigem o triunfo dos modelos de socialização da lógica de integração, permitindo estes um conhecimento estratégico da sociedade onde, através de interesses e rivalidades de interesses individuais ou coletivos, se persegue “dinheiro, poder, prestígio, influência, reconhecimento” (*ibid.*, p.129). Neste sentido, realizaram-se estudos sobre as relações entre grupos de Sarbin e Scheibe (1983); de categorização e comparações sociais de Tajfel (1982) com ênfases na competição, nas estratégias de mobilidade social e na autoestima do indivíduo (*ibid.*).

Contudo, os desenvolvimentos da Teoria da Identidade Social permitem estudar a identidade na lógica de subjetivação, ao estudar outras vertentes como a atração social, a cooperação de grupo e a influência social. A qualidade da influência social está dependente da segurança da identidade pessoal em relação à identidade social, já não em termos de regulação, mas de inovação e de mudança social e identitária (*ibid.*). Lopes, A. (2001), ainda, acrescenta que inicialmente se resiste às mudanças, mas, posteriormente, após um período de incubação, essas mudanças passam a ser analisadas, com probabilidade de se transformarem em possibilidades alternativas e significativas, quando ultrapassada a comparação do dominante e da minoria e as mudanças se tornarem parte da realidade social.

Neste contexto de estudo e lógicas de identidade dá-se o aparecimento das teorias na lógica da subjetivação, como o Interacionismo Simbólico, em que o ator se torna “construtor das suas linhas de ação, individualmente e cooperativamente, e como alterador da estrutura social em que atua.” (*ibid.*, p. 143).

De acordo com a mesma autora, o contributo do *Self* e do *Alter - Outro* Significativo e/ou *Outro* Generalizado - de Mead torna-se fulcral para esta mudança paradigmática na análise e estudo das identidades – o Construtivismo Social e com ele o Interacionismo Simbólico. Considerando a socialização como “uma construção progressiva do *Self* como membro de uma comunidade, enquanto participante ativo na sua existência e portanto,

dada a definição de sociedade em Mead, na sua transformação” (*ibid.*, p. 144), permitindo ao ator tornar-se autor, participando na construção da identidade coletiva.

Neste novo paradigma, a identidade é definida em relação “ao modo como a pessoa se significa a si mesma a partir do seu *Self* e dos *Outros*” (*ibid.*, p. 145). A autora baseia-se em Turner (1988) para introduzir os *Selfs* periféricos ou situacionais que dependem das interações com os *Outros* e contextos/situações e o *Self* nuclear que é menos intermutável, é este *Self* nuclear que emerge quando o *Self* não se confirma na interação com os outros, permitindo orientar “a percepção, o pensamento e a emissão de sinais” (*ibid.*, p.146). Neste sentido, a construção da identidade depende quer das identidades pessoais dos atores, quer das interações com o *Outro* significativo e o *Outro* generalizado, ou seja, a confrontação das identidades sociais e coletivas.

Kaufmann (2005) defende que a subjetivação exige esforço e riscos que permitem a invenção de *Si*, ao autorizar “um trabalho de reforma de si mesmo verdadeiramente inovador, nos limites do realizável, em que o presente consegue momentaneamente colocar entre parênteses o peso do passado.” (p. 70).

Lopes, A. (2001) refere que na lógica da subjetivação se inserem as teorias de ênfase no afeto e a necessidade de reconhecimento, as teorias de ênfase na interação e a necessidade de troca, e as teorias de ênfase na cognição e na necessidade de estrutura.

Nesta ordem de ideias, com vista a uma definição teórica e de conceitos do trabalho de pesquisa, este trabalho debruçar-se-á sobre os contributos que a lógica de subjetivação poderá fornecer, ao reconhecer o indivíduo *ético* na construção social da realidade, e por isso, na pretensão de conhecer a influência das lideranças na identidade profissional de enfermeiros.

Nas teorias de ênfase no afeto e a necessidade de reconhecimento, destacam-se os desenvolvimentos de autores como Freud, Erikson, Giddens e Giust-Depraïries (Lopes, A., 2001). O que estes autores têm em comum é a noção de que identidade não é apenas identificação, mas essencialmente diferenciação e que a identidade se constrói nas escolhas e nos conflitos que os contextos ou interações nos proporcionam, que estão inerentes a um reconhecimento social.

Giddens (2001) afirma que vivemos numa era reflexiva, onde os comportamentos são monitorizados e interpretados, atitude decorrente duma sociedade moderna. Apesar deste esforço, temos muitas vezes que não dar demasiada importância e confiar em sistemas periciais para sobreviver. Esta forma de sobrevivência está interligada, segundo o mesmo autor, com a “confiança básica” conquistada na infância ao interagir com os

nossos educadores primários, ao criar um “casulo protetor” face a um turbilhão de “riscos” e “ansiedades” ligados ao passeio da vida, que nos permite viver sem ansiedades ou medos excessivos. Logo, através da “confiança básica” o indivíduo pode abraçar outros pontos de vista, outras experiências e transcender-se a *Si* próprio através da reflexividade e criação de rotinas reflexivas (Giddens, 2001).

Lopes, A. (2001), acerca destas teorias, refere que os grupos são espaços de construção identitária quer na sua identificação com o estabelecimento de ligações afetivas que permitem a diversidade de partilhas, quer na diferenciação com os *Outros* que permite a mudança; e indica que as experiências no grupo permitem o “querer estar ligado ao outro e querer estar separado do outro” (p. 172) e que por vezes se desenvolve uma resistência ao conflito, considerando o reconhecimento das diferenças do *Outro* e da aceitação da alteridade do *Outro*.

As teorias de ênfase na interação e na necessidade de troca fundam-se, segundo a autora supracitada, em autores como MacCall e Simons (1978), realçando o conceito de identidade de papel ou identidade idealizada na interação social, que se concretizam nos desempenhos de papel na legitimação dessas identidades idealizadas pelos *Outros*, enquanto suporte identitário do sujeito. Assim, o sujeito que possui uma variedade de identidades de papel adquire a proeminência de algumas identidades ideais nos desempenhos – o *Self Ideal*. Esta assunção do *Self Ideal* ou Identidade Idealizada no desempenho social dependem do reforço social, partindo o reconhecimento das “pessoas (o investimento, o compromisso e auto-suporte), do suporte social da audiência e de gratificações extrínsecas e intrínsecas.” (*ibid.*, p. 177). Desta maneira, quando as identidades do sujeito não coincidem com a identidade do *Outro*, ele tem que efetuar negociações (trocas) entre o *Outro*, com base nesses reforços sociais.

As teorias de ênfase na cognição e na necessidade de estrutura, baseiam-se no desenvolvimento de autores como Piaget, Moscovici e Zavalloni (*ibid.*, 2001). Nessa perspectiva, a socialização do indivíduo tem por objetivo a descentração, a cooperação e a autonomia.

As representações sociais, de acordo com Jodelet (2001), são formas de pensamento partilhadas que orientam as nossas relações com os *Outros* e com o mundo, intervêm na “difusão e assimilação dos conhecimentos, no desenvolvimento individual e coletivo, na definição das identidades pessoais e sociais, na expressão dos grupos e nas transformações sociais” (p.22), envolvendo as pertenças ao grupo, com interiorizações de pensamentos, conhecimentos, práticas, experiências e condutas de grupo.

O conceito de Representação Social, segundo Moscovici (2003), foi inicialmente estudado por Durkheim (1985/1982) que referiu as representações sociais como sendo estáticas, porque se interessou em estudar as regularidades sociais que permitem a integração do indivíduo na sociedade.

Moscovici (2003) realiza uma análise comparativa das perspectivas de Piaget e Vygotsky, referindo que Piaget descende de Durkheim por desejar conhecer as regularidades e reconhecer as representações sociais de uma forma evolutiva – acomodação e assimilação; já Vygotski descende de Lévy-Bruhl no que diz respeito às etapas evolutivas da sociedade, que propôs, – desenvolvimento contínuo e existência de múltiplas representações sociais. O autor, que se debruçou sobre os processos sociais de mudança e inovação da sociedade – pelas capacidades de influência e por isso de transformação da sociedade, refere as representações sociais como sendo dinâmicas e, por isso, em constante reformulação. Estes processos de reformulação das representações sociais ocorrem, devido à influência social que se realiza através da interação e da comunicação no mundo social.

Todavia, a realidade não é absorvida pelo indivíduo tal como ela se apresenta; a realidade é reformulada em representações sociais que dependem da sequência e do encadeamento das relações que o indivíduo faz das percepções, das opiniões, das noções e do vivido (*ibid.*). Este autor refere que as representações sociais não são pensadas, mas “re-pensadas, re-citadas e re-apresentadas” (*ibid.*, p. 37) pelos sujeitos sociais, sendo componentes importantes na influência dos seus comportamentos. Segundo este autor, as influências ocorrem quando menos pensamos nelas.

Moscovici (2003) refere, ainda, que a inovação/mudança das representações ocorre quando introduzimos o “não familiar”, o estranho, em familiar, realizando o processo de ancoragem. Deste modo, o estudo das representações sociais transcende o emocional, o intelectual, o individual; ele refere-se ao ser social, porque “toda a “cognição”, toda a “motivação” e todo o “comportamento”, somente existem e têm repercussões, uma vez que eles signifiquem algo; e significar implica, por definição, que pelo menos duas pessoas compartilhem uma linguagem comum, valores comuns e memórias comuns” (*ibid.*, p.105).

### 1.3. Teoria das representações sociais

O estudo das representações sociais procura conhecer não o comportamento ou o processamento de informações, mas o pensamento do sujeito, isto é, quando ele se questiona e procura respostas (Moscovici, 2003). Assim, o sujeito não apresenta uma atitude passiva, mas produz soluções às suas questões, transmitindo-as aos outros seres sociais. De acordo com o autor citado, a realidade apresenta-se, deste modo, como a significação que o sujeito faz da realidade, existindo uma dualidade entre o conceito de representação e o de imagem ou significação, no qual a uma representação está associada uma imagem ou significação e a essa imagem ou significação está associada uma representação. Nesta teoria das representações sociais, os pronomes “*Nós*” e “*Eles*” podem assumir contrastes marcantes, sendo o “*Nós*” o grupo com o qual o sujeito se identifica ou relaciona e o “*Eles*” é o grupo que o diferencia ou de não pertença, mas que pode ser obrigado a pertencer (*ibid.*).

O indivíduo, ao classificar ou categorizar alguém ou algum grupo, estabelece uma relação negativa ou positiva, através da sua memória individual e coletiva (*ibid.*). O autor explicita que, ao se classificar alguém se atribui um nome, retirando-o do anonimato, especificando-o na matriz de identidade cultural; assim, atribuímos-lhe uma identidade e uma significação – através da linguagem, dos símbolos, das palavras – que predizem as interações sociais/grupais. Também através da linguagem, ou seja, da relação, da referenciação e significação dos signos/palavras, se consegue aceder ao seu agir, aos seus comportamentos (Vignaux, 2003).

Rouquete (2000), também, refere que as representações sociais são importantes no agir do indivíduo. As representações sociais influenciam as práticas, porque o que se faz depende do que se pensa, do que se acredita e do que se calcula. O inverso também se verifica, no sentido de o sujeito se apropriar das representações conforme o que se identifica. A autora menciona que esta influência é recíproca, e vai mais longe, ao afirmar que as representações são uma condição das práticas e as práticas são agentes de transformação das representações.

Rouquete (2000) alerta para a necessidade de se estudar a prática nos seus múltiplos aspetos, tais como:

- A prática como passagem ao ato (conhecer por si próprio ou, somente, por ouvir dizer);

- A prática como ato de recorrência (o facto de os iniciantes recorrerem aos especialistas);
- A prática como maneira de fazer (a forma específica de fazer);
- A prática como cálculo (a avaliação das consequências da ação e/ou a justificação da ação).

O estudo das representações sociais é indissociável dos múltiplos aspetos que enquadram a prática e consequentemente da forma de pensar e de agir.

Abric (2000), igualmente, reforça a ideia da influência das representações sociais nas práticas, ao referir que a representação é um guia para a ação, que orienta as ações e as relações sociais. Este processo acontece, porque as representações sociais permitem compreender e explicar a realidade, a *função de saber*; definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos, a *função identitária*; guiam os comportamentos e as práticas, a *função de orientação*; e permitem, *a posteriori*, justificar as tomadas de posição e dos comportamentos, a *função justificadora*.

A função identitária das representações sociais torna-se um contributo importante para o estudo em causa – A influência das lideranças na identidade profissional de enfermeiros. A significação da representação depende da relação entre o conteúdo e os elementos que a formam (Andrade, 2000). Andrade (2000) define a identidade, como processo representativo do sujeito como ser social – porque o sujeito está integrado em diversos grupos sociais nos quais se confunde/se assemelha – e como ser individual – porque se diferencia como indivíduo desses grupos, assumindo simultaneamente e respetivamente o papel de ator e autor da sua identidade. A identidade revê-se não num conceito fechado e inalterável, mas num processo de formação/construção do *Eu*. A este respeito, Moscovici (2003) refere que representações compartilhadas pelo grupo, por vezes apresentam significâncias nem sempre aceites por todos os seus elementos, mas que exigem negociações recíprocas.

Jodelet (2001) refere que partilhamos o mundo com os *Outros*:

que nos servem de apoio, às vezes de forma convergente, outras pelo conflito, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo. (...) Elas [representações sociais] nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspetos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspetos, tomar decisões, e eventualmente posicionar-se frente a eles de forma defensiva (p. 17).

A autora explicita que não interessa se há um elevado número de indivíduos que partilham as representações sociais, mas que o pensamento dos indivíduos pertencentes a

determinado grupo é marcado pelo facto de existirem outros que pensam da mesma forma, e quando esse apoio é retirado o seu mundo desmorona-se.

O discurso será o mediador/descodificador da identidade do sujeito, que se apropria de forma diversa do discurso e projeta a sua identidade no objeto que representa, tornando-se a representação do objeto (Andrade, 2000). Por conseguinte, a identidade profissional de um indivíduo projeta a representação da profissão para esse indivíduo, com implicações nas suas práticas. Deste modo, os indivíduos e grupos “expressam a sua identidade através das suas representações” (*ibid.*, p. 144).

Tap (1979) explicita que os sustentáculos da construção da identidade pessoal são os grupos de referência com os seus modelos e as suas representações e que a identidade do sujeito é definida com as suas representações, os seus sentimentos e as suas opiniões.

Na Teoria das Representações Sociais enquadra-se a Teoria da Identidade Psicossocial de Zavalloni e Louis-Guérin, em que a identidade é o suporte do conhecimento da realidade e é determinante na representação e na ação de uma pessoa. Identidade é definida como a ideologia e a visão do mundo onde a experiência individual e coletiva se reúnem e governa a tomada de consciência do seu mundo, as representações que as pessoas fazem delas mesmas e das suas relações, exprime interesses, vontades e propõe uma orientação precisa da ação (Zavalloni & Louis-Guérin, 1984).

A identidade é percecionada como uma estrutura organizada das representações do *Self* e do *Alter*, quer dizer enquanto construção da realidade social, é então a construção subjetiva da realidade. Segundo Lopes, A. (2001), o indivíduo face às transformações das relações sociais tende a “re-situar-se” construindo um sentido diferente e inovador das práticas e relações sociais tradicionais.

Zavalloni e Louis-Guérin (1984), através da teoria Ego-ecológica, exploram os mecanismos específicos pelos quais o nível social e o individual se articulam na produção da representação do mundo social e estabelecem o papel destas representações nas condutas quotidianas do ator social e nos sentimentos de hostilidades e simpatias que sustentam as escolhas ideológicas e as orientações sociais, assim como as relações quotidianas que se mantêm com o *Outro*. Ao interpretar o cruzamento da história pessoal e coletiva nas imagens/representações sociais, refletem-se as escolhas, as ações sociais e profissionais.

A representação social sendo a significação da subjetividade da realidade, do *Si* e do *Outro*, propõe-se conhecer o que do *Outro* o *Si* reconhece, ao que se opõe, se diferencia

e com quem se identifica. A identidade do *Eu* reside na sua biografia, mas esta é indissociável da biografia do *Outro*.

As identidades, segundo Zavalloni e Louis-Guérin (1984), estruturam-se entre o meio interior – indivíduo – e o meio exterior – sociedade – que se processam na memória social e onde se consegue aceder através da palavra. Com base nessas premissas, os autores construíram o inventário psicossocial que se utilizou nesta pesquisa, visto que através do discurso dos entrevistados se consegue aceder ao coletivo através do individual, à conceção de *Si* e do mundo.

De acordo com Lopes, A. (2001), as teorias de ênfase na cognição e na necessidade de estrutura permitem a visualização, não só da centralidade do pensamento social do indivíduo, como da possibilidade de descentração cognitiva e, conseqüentemente, da descentração social. A mudança social e grupal consegue-se, através dos que são inovadores, ou seja, através de indivíduos com comportamentos criativos que utilizam as capacidades cognitivas e afetivas nestes processos, que reconhecem as margens de liberdade e promovem capacidades coletivas de desenvolvimento do grupo e da identidade coletiva.

Este estudo fundamenta-se na Teoria das Representações Sociais, nomeadamente na Teoria da Identidade Psicossocial de Zavalloni e Louis-Guérin, estudam-se as representações sociais intra e intergrupos, com o intuito de conhecer as relações sociais e as presentes e emergentes influências sociais, não em termos de comparação social, mas fundamentalmente na complementaridade, na inovação e construções/mudanças identitárias do profissional de enfermagem, isto é, na lógica de subjetivação.

Por conseguinte, a construção e reconstrução da identidade profissional poderão ser estudadas, através das representações sociais que permitem compreender os grupos de pertença e não pertença, as suas identificações, oposições e as suas significações, com repercussões importantes nos conceitos, nos pensamentos e na prática profissional dos sujeitos; conseguindo o reconhecimento da influência das lideranças profissionais de enfermeiros.

No entanto, para compreender as influências e transformações que ocorreram e ocorrem nas identidades dos enfermeiros é essencial também conhecer como foram estudadas e conseqüentemente categorizadas as identidades profissionais dos enfermeiros, de modo a entender a forma como elas se interrelacionam no panorama nacional atual.

## 1.4. Identidades profissionais dos Enfermeiros portugueses

Este subcapítulo pretende abordar alguns estudos sobre identidades profissionais de enfermagem em Portugal. Existem estudos recentes sobre a identidade profissional dos enfermeiros que trazem contributos importantes para a contextualização e compreensão da problemática em estudo.

Figueiredo (2004) revela a necessidade de se realizarem estudos sobre a identidade profissional, para compreender o que se faz e como se faz na Enfermagem. Segundo Amendoeira (2006), existe uma dificuldade na explicitação do que os enfermeiros realmente fazem e quais os seus limites, sendo este um caminho importante a ser explorado, através de estudos científicos.

Antunes (2004) e Serra (2011), em trabalhos sobre a identidade dos estudantes de enfermagem, afirmam que a identidade se constrói nos ensinamentos clínicos com a interação dos profissionais, dos docentes, dos clientes e da comunidade que interage nos diversos contextos de aprendizagem. A construção da identidade profissional, segundo Serra (2011), inicia-se nos contextos de complexidade e imprevisibilidade, nas situações de cuidados de saúde dos campos de estágio, intervindo neste processo as próprias identidades dos profissionais e a forma como os estudantes as percebem e interpretam.

Luz (2005), ao pesquisar sobre as representações sociais que os alunos de enfermagem têm da profissão, constatou que os enfermeiros de bacharelato se distanciavam do Modelo Biomédico (Paradigma da Categorização) e se aproximavam dos Modelos das Necessidades Humanas (Paradigma da Integração) e do Cuidar (Paradigma da Transformação). Porém, constatou também que os alunos de Licenciatura valorizavam mais as atividades ligadas ao Paradigma da Categorização (Modelo Biomédico), centrados na cura da doença, mas que na perceção do desempenho da profissão se distanciavam desse Modelo. Esta autora concluiu que, no final do curso, ambos os alunos de bacharelato e licenciatura valorizam na prática de enfermagem, essencialmente, o relacionamento interpessoal, a responsabilidade, o profissionalismo e a mobilização dos diferentes saberes.

Neto (2006), ao estudar as representações sociais do cuidar nos estudantes e professores de enfermagem, verificou que a Enfermagem era concebida na vertente relacional, científica e técnica, o cuidar era concebido com carácter intencional e personalizado, numa visão holística, relacional e de ensino. A autora, também, refere que

na formação inicial os professores e os profissionais exercem influências complementares na percepção dos estudantes acerca da natureza dos cuidados.

Figueiredo (2004), ao realizar uma pesquisa com recém-formados, evidencia quatro orientações do trabalho na saúde: para a saúde pública, para a doença, para a pessoa e para a abertura ao mundo.

Escobar (2004) refere que a Enfermagem está ligada ao estereótipo da feminilidade, devido quer ao papel histórico do Estado no desenvolvimento da profissão, quer à formação inicial nas escolas, através do poder do condicionamento de comportamentos, quer à imagem do papel da mulher na esfera doméstica, no trabalho e na sociedade e no trabalho pela sociedade. No estudo que realizou, apesar de encontrar atributos de feminilidade como “«servir os outros», ser carinhosa/o e atenciosa/o com os doentes, etc.” (*ibid*, p.135) não encontrou referências à submissão nem à obediência, “atributos habitualmente ligados ao estereótipo da feminilidade, e à inclusão de outros mais identificados com a masculinidade, como por exemplo a capacidade de iniciativa, de organização, etc.” (*ibid*. p.135).

Num estudo de Lemos (2008), identificaram-se três identidades profissionais presentes na Enfermagem que se denominaram de vocacional, profissional e profissionalização. Na vocacional inscreve-se a necessidade da vocação como qualidade imprescindível para a profissão e a subalternização ao poder médico; na profissional são salientadas as técnicas e o caráter instrumental do conhecimento e na profissionalização evidencia-se a autonomia nas áreas de prevenção da doença e promoção de saúde.

Lemos (2008), ao estudar sobre as identidades profissionais dos enfermeiros, enquadra-se nas visões das perspetivas anteriores, ao explicar que os enfermeiros se veem como enfermeiros e se formam/tornam enfermeiros na experiência profissional. No mesmo estudo, os enfermeiros quando se referem à sua representação veem-se maioritariamente como: «nunca subalternos (44,6%), sempre como executantes de técnicas (25,8%), quase sempre competentes (52%) e sempre como profissionais (70,9%)» (Lemos, 2008, p.168). Neste mesmo estudo, os médicos, quando questionados sobre a sua representação dos enfermeiros, afirmam que os veem, essencialmente, como subalternos (33%). Esta heterorepresentação dos enfermeiros pelos médicos é justificada pela autora através do passado histórico.

A autora acima citada ainda distingue três dimensões identitárias: a dimensão da extroversão que «dá ênfase à projeção da enfermagem para o exterior da profissão e tem como fulcro do seu trabalho a atenção ao cliente»; a dimensão da introversão que «edifica

a sua identidade nas relações de equipa, na dualidade entre a hetero-representação de subalternidade e competência» e a dimensão de Enfermagem como ciência que aplica «o método científico à resolução dos problemas de saúde dos clientes» (*ibid.*, p. 182-183). Neste sentido, a autora refere que a autonomia é essencial para se entender a identidade profissional dos enfermeiros.

Freire (2014) explicita que a identidade dos enfermeiros se orienta na dualidade do cuidar e a instituição, o cuidar é definido como o papel psicossocial e a instituição é definida nas funções de controlo e manutenção dos locais de trabalho. Assim, a identidade encontra-se ligada seja à conceção do cuidar, onde predomina a vocação, seja à cultura organizacional e aos locais de trabalho.

O autor, ao estudar a influência do poder médico na construção da identidade de enfermeiros, elucida a importância atribuída pelos enfermeiros à valorização da autonomia face ao poder médico, com adoção de diversas estratégias de revalorização profissional baseadas na relação com a pessoa.

Nero (2008) refere que os enfermeiros defendem uma identidade ligada ao cuidar, definida pelos enfermeiros de múltiplas formas, que traduz desde a visão holística da pessoa, ao aspeto relacional da profissão, quer com o utente, quer com os elementos da equipa.

Nos estudos encontrados, percebe-se que o cuidar tem uma multiplicidade de definições, ora ligadas ao caráter psicossocial, ora à conceção global e holística da pessoa, e quando nos referimos a este conceito, convém atender à sua conceptualização, tal como acontece ao conceito da vocação que, muitas vezes é ligado a conceitos como submissão e subalternização e, outras vezes como necessariamente complementar à competência profissional em que apesar de poder existir “uma convicção de que a realização da pessoa passa pelo trabalho com pessoas que necessitam de cuidados, o exercício da enfermagem não pode abdicar da competência profissional” (Vieira, 2009, p. 97).

D’Espiney (2010) refere que a identidade dos enfermeiros, construída a partir de um perfil único, está desajustada das exigências e do contexto atual, alertando para a coexistência de múltiplas reconfigurações identitárias. No estudo que realizou com enfermeiras que trabalham nos cuidados de saúde primários, constatou que o contexto, as mudanças e exigências nos cuidados de saúde desencadeiam identidades com uma identificação de complementaridade com os pares significativos da equipa multidisciplinar (USF), não se revendo numa hierarquia distante e imposta; identidades

que aliam, quer uma dominância biomédica em busca de resultados, quer uma conquista de autonomia nas margens cinzentas de liberdade.

Segundo a mesma autora, a verificação da coexistência do conhecimento biomédico e do conhecimento oriundo de outras áreas, da constatação de diferentes culturas e formas de relacionamento com o mundo, têm representação na prestação de cuidados, suas tomadas de decisão e conquista da autonomia das enfermeiras participantes. Uma outra identidade é apoiada nos conhecimentos de especialização e fundamentada numa valorização da relação com a pessoa e com os pares. Estas identidades percecionadas são consideradas como complementares e, ao mesmo tempo, sujeitas de individualidades profissionais, sendo os cuidados baseados na capacitação da comunidade/família/pessoa para o autocuidado, na promoção da saúde, prevenção da doença e na relação interpessoal.

Segundo Mendes e Mantovani (2010), a identidade dos enfermeiros tem como referencial o cuidar, todavia a autonomia profissional é “concebida como extrínseca ao próprio grupo profissional, no sentido em que não é conquistada de dentro para fora (através da consolidação da identidade profissional), mas obtida através de uma entidade exterior à prática quotidiana, isto é, de fora para dentro – pelos mecanismos de autorregulação da OE.” (p. 212).

Todavia, Esteves (2012) refere que os enfermeiros do bloco operatório constroem a sua identidade profissional na luta pela autonomia e espaço de atuação profissional centrado no doente, defendendo que essa identidade profissional é influenciada pelos “modelos de referência profissional” reconhecidos nos seus pares mais experientes.

Lopes, A. (2001) diz-nos que é a partir do jogo, entre o espaço de poder oferecido e o espaço de poder reivindicado, que emergem espaços de identificação mínima, lugares onde pelo jogo particular de identificações se adquire o reconhecimento possível ou suficiente.

Lopes, N. (2001) afirma que o eixo estrutural da profissão de Enfermagem é a sua forte demarcação do campo médico e a necessidade de se rever como profissão autónoma.

Torna-se essencial percecionar a Enfermagem como evolução histórica e por isso de continuidade e não de rutura. O cuidar não é só referenciado pelas funções autónomas de enfermagem e pelo seu lado psicossocial e holístico, mas enquadram-se no cuidar todas as funções, quer sejam autónomas, quer sejam interdependentes, uma vez que em contexto de trabalho se trabalha em equipa e, por isso, existem áreas de atuação autónomas e interdependentes de todos os profissionais que trabalham em equipa.

Abreu (2001) define a dualidade dicotômica do cuidar (psicossocial) e do tratar/curar (cuidados de reparação) como redutora da atividade dos enfermeiros e refere a necessidade de uma abordagem antropobiológica, no estudo da identidade dos enfermeiros; porque os cuidados de enfermagem são visualizados de forma holística, social e contextual em que se dimensiona a pessoa “com os seus costumes, hábitos de vida, crenças e valores, bem como a determinação do impacto da doença nas suas atividades de vida. Admite-se, naturalmente, que as competências a desenvolver se relacionem igualmente com cuidados de manutenção e cuidados de reparação.” (p. 47).

Nesta multiplicidade de formas identitárias profissionais e na indefinição de identidade profissional na enfermagem, o uso de processos que reforcem ou abalem o pensamento do que são cuidados de enfermagem e do que são os enfermeiros, interfere de forma crucial no processo de construção / reconstrução de identidades.

## Síntese

Esta tese assenta em dois pilares basilares: na teoria da identidade de Dubar (1997; 2006) e na de Zavalloni e Guérin (1984). Estas teorias permitiram constatar que o processo de (re)construção identitária está em constante (re)elaboração, a identidade profissional apresenta marcos importantes na formação académica, na entrada para o mundo do trabalho e ao longo do percurso profissional.

Nestas transições, o indivíduo posiciona-se face às diversas interações de uma forma ambivalente, com as diversas aproximações e distanciamentos entre *Si* e os *Outros*; estas aproximações ao *Outro* generalizado ou significativo são reforçadas com o reconhecimento do *Outro* e permitindo as transições identitárias de continuidade ou, quando não existe o reconhecimento do *Outro* generalizado, de rutura identitária.

Nas relações biográficas e relacionais de Dubar (1997) surgem os conceitos de identidade reivindicada, atribuída e idealizada, que são essenciais para entender esta pesquisa. A articulação destas identidades permite entender como o sujeito se posiciona face ao mundo exterior reconhecendo as suas motivações, aspirações, relações e ações, que se podem enquadrar num registo de identificação ou de diferenciação/identização entre *Si* e o *Outro* significativo e/ou generalizado, encontrando a ambivalência de querer ser igual ao *Outro* e ser diferente do *Outro*, conquistando a sua singularidade, mas não deixando de partilhar com o *Outro* social projetos comuns. Nesta articulação, os núcleos periféricos ou situacionais do sujeito apresentam variações constantes e com

maior dificuldade em transformar o núcleo central que é mais imutável; são os núcleos centrais que permitem conhecer a identidade “herdada” e os núcleos periféricos permitem conhecer as transições identitárias em curso.

Na ambivalência identitária do sujeito e da necessidade de reconhecimento do *Outro*, enquadra-se a liderança, perspetivando-se a identificação como estratégia identitária de posicionamento face ao *Outro* generalizado evitando fusões passivas de identidades e a importância de referências profissionais como estímulos às transições identitárias dos sujeitos com a identificação aos *Outros* significativos.

A abordagem às teorias e lógicas da identidade permite entender as possibilidades do estudo das identidades. Neste sentido, considerou-se que a sociedade está em constante mutação e daí a mudança das formas de relacionamento social, interferindo com a (re)construção identitária; as alterações quer da sociedade, quer das formas de relacionamento provocam crises identitárias nos indivíduos, sendo estas vistas como as oportunidades de transição identitária com sentimentos de realização ou de sofrimento conforme a existência ou não de um suporte social do *Outro*, na construção de um projeto social comum ativo e transformador.

Esta pesquisa enquadra-se no paradigma do Construtivismo Social, mais especificamente no Interacionismo Simbólico e com a Teoria das Representações Sociais. Concebendo as representações sociais como dinâmicas e em constante reformulação que influenciam os comportamentos. Na interação entre o “*Nós*” e o “*Eles*”, centra-se o conhecimento dos grupos de pertença e não pertença, isto é, as identificações e oposições, tal como as significações do sujeito. Do mesmo modo, o reconhecimento do *Outro* significativo torna-se importante para entender a identidade, as práticas e o desenvolvimento profissional.

Nesta ordem de ideias, o que o enfermeiro faz, como faz, porque faz e como visualiza o que faz, são ações que estão muitas vezes condicionadas pelas representações e influências que se instigam no seu quotidiano. É na forma como estas representações e influências são reconhecidas e vividas que se encontram as identidades profissionais de enfermagem passadas, presentes e futuras, porque quando em mudança visam, essencialmente, o sentido para a ação e conseqüentemente para os intervenientes, com a finalidade de inovação e consideração da implexidade<sup>1</sup> na construção identitária da profissionalidade dos enfermeiros.

---

<sup>1</sup> O conceito de implexidade refere-se às complexidades das implicações, que coabitam com o caos e a ordem, sendo uma desordem organizadora. (LeGrand, 2001)

Ao se enquadrarem, nesta pesquisa, os estudos acerca da identidade profissional dos enfermeiros, compreende-se que a identidade profissional dos enfermeiros se constrói na formação académica, mas não termina neste contexto, ela transforma-se no tempo noutra espaço – no contexto de trabalho e nas interações profissionais intra e intergrupais. Reconhece-se a multiplicidade de identidades profissionais presentes na Enfermagem portuguesa, resultantes das mudanças sociais e profissionais. Por conseguinte, as alterações que a sociedade e a profissão de Enfermagem sofreram, desencadearam novos perfis identitários que necessitam de ser estudados, tendo em conta as influências profissionais.

Contudo, também, se considera de extrema importância conhecer e reconhecer os contextos social e histórico da profissão de Enfermagem, para tentar entender como se têm transformado as identidades dos enfermeiros, ao longo destas últimas décadas. Nesta sequência, pretende-se contextualizar socialmente a profissão de Enfermagem, reconhecer o desenvolvimento da profissão e alguns dos obstáculos que se interpõem para o seu reconhecimento social.



*“A recordação do passado alimenta a nossa memória, sustenta a nossa identidade profissional, e permite-nos traçar o que queremos para o nosso futuro.”* (Santos, 2012, p.7).

## 2. Influências históricas e sociopolíticas

É fundamental entender como evoluíram os cuidados de enfermagem e a sua significação ao longo dos tempos, para assim se compreender como a evolução histórica da Enfermagem influencia a nossa percepção, a percepção da sociedade sobre a profissão e, conseqüentemente, sobre o que são cuidados de enfermagem e como estes afetam a identidade profissional.

De acordo com Collière (1999), é “a partir da natureza da prática dos cuidados que se pode apreender o que acontece às pessoas que os prestam” (p.12). Porém, não se pode compreender a natureza dos cuidados de enfermagem sem abordar a evolução histórica da Enfermagem e conseqüentemente a história da própria sociedade, pois como refere Abreu (2001), “podemos considerar que a história da Enfermagem é um pouco a história das sociedades” (p. 99). Assim, caminhar-se-á rapidamente pelo passado até à sociedade atual.

Torna-se, pois, importante conhecer não só a história da Enfermagem, como o contexto sociopolítico que a envolveu.

### 2.1. Era vocacional dos Enfermeiros

Até à Idade Média, os cuidados eram praticados essencialmente pelas mulheres, baseados numa herança cultural, onde o papel social se torna crucial para a sua prática. Os cuidados estavam intrinsecamente ligados ao corpo e ao espírito.

Segundo Collière (1999), na Idade Média, com a expansão do cristianismo, o padre exerceu um poder inigualável na sociedade como “descriptor do mal”, só abalado em certa medida pelo nascimento da medicina e pelo papel do médico que, inicialmente, tinha intenção de circunscrever o mal, posteriormente derrotá-lo e conseqüentemente tratar a

doença. As mulheres, que até então cuidavam, eram perseguidas pela inquisição, intituladas de “feiticeiras/impuras” e substituídas pelas mulheres consagradas.

À mulher consagrada não era reconhecida a necessidade de conhecimento teórico, interessando apenas a aquisição de conhecimentos considerados práticos que auxiliassem o médico. As suas tarefas eram consideradas de pouca importância e de “trabalho sujo”, exercendo o médico as tarefas nobres e “limpas”. Era nos claustros que se transmitiam valores e “conhecimentos” intuitivos. O cuidar foi então substituído pelo tratar.

Em Portugal, no século XII, segundo Santos (2012), a prática assistencial aparecia, tal como em todo o mundo cristão, nos mosteiros e conventos, no início para apoio aos peregrinos e, posteriormente, em hospitais e albergarias exteriores aos mosteiros, numa relação com o outro, num cunho de caridade e solidariedade.

Os atributos considerados essenciais aos cuidadores eram: “a paciência, a calma, a serenidade, a capacidade de suportar, a faculdade de resistir” (*ibid.*, p. 242), com atividades viradas para os comportamentos espirituais e comportamentais, com atenção à alimentação e à higiene.

Acerca do século XIII, segundo o autor acima citado, existem factos históricos escassos, mas há evidência de algumas instituições (gafarias) com poder autárquico para controlo da lepra, que fecharam quando esta foi controlada. No entanto, esta prática assistencial era realizada por parte de algumas confrarias, mas maioritariamente pelos religiosos dos mosteiros e conventos, tal como no século anterior.

No século XIV, Portugal foi assinalado pela ocorrência de vários surtos de peste, que junto a problemas sociopolíticos marcaram o espelhar da crise de longa duração que marcou todo o ocidente. As confrarias proliferaram neste século por todo o país e com elas os hospitais com poder régio, surgindo o termo hospitaleiro para aquele que “administrava a instituição de assistência e ao mesmo tempo praticava os cuidados aos enfermos” (*ibid.*, p. 249). Porém, a assistência aos enfermos mantinha o seu cunho religioso e era baseada numa “relação de compaixão, de benevolência, de considerar o *outro* mais importante do que o *eu*.” (*ibid.*, p. 250).

No século XV foi fundada a primeira misericórdia em Lisboa e os hospitais foram centralizados e com poder régio, com aumento de responsabilização nos processos de administração, com vista a uma maior eficácia e rentabilidade. As pessoas que prestavam cuidados eram denominadas de hospitaleiros quando esses cuidados eram executados por homens e se dirigiam ao género masculino e quando exercidos por mulheres para mulheres denominavam-se de hospitaleiras, com “disposição para o bem-estar, o

conforto, um envolvimento elevado no âmbito da cura, com as ajudas de uma terapêutica e por uma alimentação eficaz.” (*ibid.*, p. 254).

Com as misericórdias, iniciava-se no século XVI um marco na história da Enfermagem em Portugal, com a manutenção de enfermeiros do género feminino e masculino conforme a quem se dirigiam os cuidados, sendo que aqueles se dividiam em dois níveis, os enfermeiros maiores ou mores que organizavam as atividades para os enfermeiros pequenos. A prescrição parece ser o conceito que define as funções dos enfermeiros, que “passavam por uma prescrição médica, colocando as funções dos enfermeiros apenas no plano da execução, extensível aos enfermeiros pequenos que estavam preparados para o exercício de todas as atividades que o enfermeiro maior organizava e direcionava para ele” (*ibid.*, p. 263). No entanto, as suas funções no plano assistencial não apresentam mudanças, em relação aos séculos anteriores, e surgem funções administrativas baseadas na contenção de custos.

No século XVII, dos hospitaleiros/enfermeiros exigia-se a execução das atividades de higiene e a manutenção das estruturas das misericórdias “como desígnio essencial para depois haver uma dedicação aos enfermos conforme as suas necessidades” (Santos, 2012, p. 272), onde se previa a identificação das necessidades individuais e a execução de funções prescritivas.

No século XVII, os hospitaleiros, como então eram designados os enfermeiros, continuavam a residir nos hospitais para agilizarem as suas respostas às necessidades dos enfermos. Além das atividades assistenciais e administrativas anteriores, sobressai a comunicação com outros profissionais como os médicos e os farmacêuticos e a avaliação de outros enfermeiros e outros funcionários, quando não prestavam cuidados. Nos contratos, além de estarem previstas estas atividades, contratualiza-se também a “necessidade de uma obediência ao médico, cirurgião, mordomo do mês e capelão, o que conjugando com o hospitaleiro e não esquecendo o provedor e vice-provedor” (*ibid.*, p. 275).

Em 1741, Frei Santiago escreve a “Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros”, um manual para os enfermeiros que referia como seus princípios funcionais: “o acolhimento, com a ênfase no otimismo; aos atos iniciais, após estar no leito; passando pela colheita de dados; à visita aos enfermos; à escrita numa tábuca; à administração da terapêutica; aos cuidados com a alimentação e aos aspetos gerais relacionados com a morte.” (*ibid.*, p. 276); o enfermeiro é, então, visto com funções de tratar sob orientação médica, com uma forte dependência profissional. Todavia, já com alguns esboços de autonomia nos

registos, em situações de hemorragias quando não estava presente o cirurgião e na decisão na execução de algumas técnicas delegadas pelos médicos.

No século XIX, como menciona Santos (2012), existiam duas figuras na profissão de Enfermagem – o enfermeiro-mor – que administrava todos os recursos humanos de assistência e se responsabilizava pelos cuidados, encarregando-se da formação dos enfermeiros, acumulando com as funções de assistência, e a – enfermeira menor a quem, além das atividades assistenciais (tratar) dos séculos anteriores se exigia que soubesse ler, escrever e aritmética. Surgiram, nesta época, os ajudantes e os praticantes que auxiliavam os enfermeiros e eram orientados por eles.

O centro das preocupações do trabalho dos enfermeiros continuava a ser a higiene, mantinham residência nos hospitais e apoiavam-se nos comportamentos “de uma pessoa que fosse capaz de estabelecer uma relação com o outro, baseada na fidelidade, numa caridade com um cariz cristão, onde acima de tudo o *outro* era mais importante do que o *eu*.” (*ibid.*, p. 289-290).

Se o conhecimento sobre “como cuidar” era passado através da tradição oral, de geração em geração, até à Idade Média, a partir daqui aos cuidados fornecidos pela mulher consagrada, não se exigiam ou não se pensava serem necessários conhecimentos para além dos intuitivos para esta função.

No início do século XIX, já se reconhece a necessidade de formação do enfermeiro pela figura do enfermeiro-mor nos hospitais, e nos finais do mesmo século foi fundada a primeira Escola de Enfermagem, em Inglaterra, por Florence Nightingale, sucedendo-lhe por toda a Europa Escolas de Enfermagem Públicas e Privadas, inclusive em Portugal, organizando-se a formação em Instituições de Ensino. Neste século, surgiram importantes descobertas científicas que permitiram avanços nos campos diagnóstico e terapêutico, o que contribuiu para o grande prestígio da figura do médico na sociedade (Pires, 2012) e a necessidade de “formar” os enfermeiros.

Em 1881 foi fundada a primeira Escola de Enfermagem nos Hospitais da Universidade de Coimbra (Santos, 2012). Segundo Abreu (2001), nas Escolas de Enfermagem deste século ministravam-se conhecimentos técnicos, mas continuava-se a veicular valores inerentes aos períodos antecedentes, de “devoção, obediência e carácter”. A Enfermagem tinha como função “promover o bem-estar e o conforto dos doentes, gerir os serviços hospitalares e desenvolver atividades do âmbito da esfera médica” (*ibid.*, p. 101).

A formação dos enfermeiros, segundo Collière (2003), surge como o resultado da preocupação dos administradores dos hospitais / hospícios de ter pessoal formado para gerir “as suas obras” e “educar o povo”; ao médico também convinha pessoal formado em algumas áreas para servi-lo melhor e para poder delegar algumas tarefas menos importantes e atos médicos que o próprio médico os dispensam, em detrimento de atos médicos de elevada complexidade. Porém, o domínio do médico não desaparece e parte-se do princípio que não eram necessários mais conhecimentos para além dos conhecimentos técnicos. Assim, a formação dos enfermeiros “é mais um treino moral e técnico que prepara jovens sem experiência de vida (ou que têm que a ocultar) para se tornarem auxiliares dos médicos” (*ibid.*, p. 6).

Segundo Araújo (2005), as escolas tinham como objetivos nos seus planos de estudo manter a rotina e a regularidade das organizações hospitalares; estas organizações estavam assentes nas normas e rotinas de outros grupos profissionais, pretendia-se ter na escola mulheres jovens e solteiras, porque se adequavam mais facilmente à exigência de disciplina e de autocontrolo.

Esperava-se do enfermeiro ter certos atributos como “caridade, a paciência, o respeito pelo grau hierárquico da instituição de assistência, uma relação de empatia com os doentes e a colaboração com o médico.” (Santos, 2012, p. 311). A figura de enfermeiro-mor é substituída pelo enfermeiro-fiscalizador que tem a função de fazer a ponte com a administração hospitalar e surgiram ainda nos cuidados, as figuras do enfermeiro e do ajudante do enfermeiro nos cuidados (*ibid.*). Apesar da formalização da formação dos enfermeiros em instituições, ainda se valorizavam os cuidados prestados por ordens religiosas, em detrimento dos enfermeiros, porque não se fazia da prestação de cuidados uma profissão, veiculando-se a “vocação para a caridade, para ajudar o próximo, incompatível quando era considerada como forma de vida” (*ibid.*, p. 303).

Aos enfermeiros era exigida, além de uma vocação para desempenhar tal papel, uma profissionalidade baseada na dependência médica. A laicização dos cuidados de enfermagem assenta nos pressupostos de submissão e obediência, sendo a responsabilidade dos serviços atribuída ao médico diretor.

Segundo Vieira (2009), no início do século XX, a Enfermagem portuguesa encontrava-se num período conturbado, com necessidades de “idoneidade moral, mas também de competência e aptidão para o desempenho da profissão. No entanto, a existência de “enfermeiros clínicos”, com prática e sem formação, continuou por muito tempo” (p. 21).

Todavia, algumas enfermeiras soltaram-se das correntes que as prendiam à dominância do médico, alargando o campo da sua competência técnica e construíram conceitos como assepsia e organização científica do trabalho que rapidamente foram incluídos na organização hospitalar.

## 2.2. Era profissional dos Enfermeiros

No princípio do século XX, em Portugal, com a Instauração da República adveio uma maior distanciação de condições socioeconómicas das profissões liberais e não liberais (Pires, 2012). Ainda assim, o século caracteriza-se pela presença de “cidadãos que defendiam ideais como o patriotismo, o dever, a solidariedade, a responsabilidade, ideais esses transmitidos na escola laica.” (*ibid.*, p. 31).

Apesar dos ideais de família patriarcal com a delimitação da mulher ao lar e à família, algumas famílias devido às suas condições socioeconómicas não podiam desprezar qualquer fonte de rendimento e as mulheres procuravam atividades remuneradas fora dos lares; mas as mulheres continuavam com acesso ao ensino primário limitado e o acesso escasso ao ensino secundário e superior (*ibid.*). Segundo Pires (2012), enquanto os movimentos feministas proliferavam na Europa, em Portugal eram moderadamente desenvolvidos devido ao papel da mulher na sociedade, que lutava pelo direito ao exercício de uma profissão remunerada, às mulheres era vedado o acesso ao voto, estas estavam sob o poder do homem, nomeadamente do pai e do marido e havia uma visão de inferioridade, devido ao seu carácter emocional.

Nos primórdios do Estado Novo, não ocorreram grandes mudanças nas condições de vida, socioeconómicas, das populações e a tuberculose afligia-as, tendo desistido das ideias iluministas da época anterior, viram-se frente a um regime autoritário e corporativista, com uma visão de nacionalismo corporativista (Nunes, 2012). A mulher, foi novamente, deposta do mercado de trabalho em benefício do lar, num regime conservador e ditatorial, mas continuava a trabalhar, nomeadamente, na indústria que acabou por levar à sua regulamentação. Já no campo da saúde, continua-se com avanços consideráveis para o diagnóstico e tratamento da doença, que exige a regulamentação do ensino da Enfermagem.

Com a participação de Portugal na 1ª Guerra Mundial e o contributo dos movimentos femininos, a Enfermagem começou a ser uma profissão vista como adequada à participação da mulher no mercado de trabalho, estava deste modo ocupado o lugar da mulher “enfermeira” na esfera do trabalho. Posteriormente, apesar da divulgação do Estado Novo do papel da mulher na família e na sociedade, a Enfermagem passou a ser maioritariamente feminina, mas delimitada a algumas mulheres da sociedade – solteiras e viúvas – com a ideia económica precária, necessitando de alojamento no hospital, mal remuneradas, pouco reivindicativas e domesticáveis (*ibid.*).

Assim, em Portugal, nessa altura, algumas escolas davam preferência de acesso às mulheres, considerada como uma profissão predominantemente de mulheres, pela natureza feminina dos cuidados de enfermagem e as condições laborais.

Santos (2012) menciona que, na profissão de Enfermagem no início do século, fez-se a passagem do enfermeiro-ajudante-praticante para o enfermeiro-chefe/enfermeiro-sub-chefe e enfermeiros de 1ª e 2ª classe, com o cargo de enfermeiro-chefe a surgir no panorama nacional, apesar de funcionalmente já estar contemplado nos anos anteriores desde 1863, alertando para o facto de que a avaliação e a progressão profissional estavam dependentes da profissão médica. Ainda segundo o autor acima citado, em 1933, surgem nos quadros dos hospitais a enfermeira fiscal e as enfermeiras-chefes, as enfermeiras-adjuntas, as enfermeiras-especializadas e as enfermeiras.

Em 1940, a progressiva melhoria das condições de vida e o desenvolvimento da medicina e das instituições hospitalares, resultaram na diminuição da prevalência da tuberculose (*ibid.*).

De acordo com Araújo (2005), em 1940, a preocupação do Estado com a saúde leva a regulamentar e a controlar o ensino da Enfermagem, particularmente, as atividades nas Escolas de Enfermagem. Em 1942 o estado exige, para o exercício da Enfermagem, a posse do diploma da frequência e conclusão do Curso de Enfermagem; a autora ressalva que poder-se-ia alterar esta exigência se os anos de experiência profissional assim o permitissem. Segundo Pires (2012), a profissão poderia ser exercida por religiosas e por homens e mulheres que possuíssem o Curso de Enfermagem, sendo que a profissão era considerada mais adequada à natureza emocional e feminina da mulher e, apesar disso, o homem enfermeiro auferia um salário superior.

Nesse mesmo ano, pelo Decreto-Lei n.º 32612/42, de 31 de dezembro, regulamentam-se os Cursos de Especialidades em Enfermagem e passa a ser proibido às

mulheres casadas exercerem enfermagem; situação que foi revogada passados 20 anos (Vieira, 2009).

Em 1947, com o Decreto-Lei nº36219 de 10 de abril, é ministrado o Curso Geral de Enfermagem de dois anos e o Curso de Auxiliar de Enfermagem surge da necessidade de suprir a falta de recursos humanos na saúde. Este último extingue-se em 1975, tendo sido dada a oportunidade aos auxiliares de obterem o título de enfermeiro, com a frequência de um ano no Curso de Enfermagem (Araújo, 2005). Ainda segundo a mesma autora, com o Decreto-Lei nº362/9 de 10 de abril de 1947, o Estado regulamenta e controla as instituições de formação de forma mais rigorosa e uniformiza o Curso de Enfermagem, com cumprimento de alguns requisitos como o grau de instrução primária, ter entre 18 e 30 anos, provar ser apto através de um exame de aptidão, existência de robustez física e ser portador de um comportamento moral irrepreensível.

Nos anos 50 do século XX, a medicina sofre uma mudança radical com os avanços das tecnologias, de maneira que a prestação de cuidados de enfermagem, também, se modifica. Inicia-se a corrente centrada na doença e ligada à técnica, base do Modelo Biomédico. Este Modelo orienta muitas modificações no campo da saúde, quer ideológico, quer funcional. A preocupação dominante é com o órgão afetado, com o diagnóstico médico e com a cura.

Os serviços organizam-se em função do tipo de patologias e, conseqüentemente, em especialidades "que têm, muitas vezes, como efeito, fender mais o corpo doente, fragmentar as tarefas, daí as relações humanas cada vez mais impessoais, longínquas e divididas" (Collière, 1999, p. 125).

Às enfermeiras são distribuídas tarefas desconexas do foro técnico e da doença, resultando numa perda de "sentido, orientação, finalidade e significado" (*ibid.*, p.127), não existindo preocupação na inter-relação "entre o que vive a pessoa que precisa de cuidados, o que ela é nos seus diferentes estatutos e papéis sociais e o que tem" (*ibid.*, p.127), tornando o trabalho rotineiro e sem interesse. Nesta época, a taylorização está presente em todos os meios da sociedade e isto reflete-se no campo da saúde "não apenas na organização das tarefas, mas igualmente, nos cuidados técnicos" (*ibid.*, p. 132), o que desencadeia uma estruturação diferente no ensino Médico e de Enfermagem.

A tecnicidade na Enfermagem surge em oposição ao "ensino moralista" de períodos antecedentes; o enfermeiro apenas se devia preocupar "com verdades e factos, atuar de forma distante e sem se envolver, ser um técnico competente e suas ações serem neutras em relação aos valores" (Silva, 2002).

Carapinheiro (1993) salienta o aparecimento do cargo de superintendência de enfermagem, em 1950, que tinha como funções a orientação técnica e disciplinar de todo o pessoal auxiliar e de enfermagem, mas em que a responsabilidade disciplinar se sobrepunha à responsabilidade técnica. Assim, aos enfermeiros restava-lhes o sentido de missão.

Os hospitais são referidos por Carapinheiro (1993) quando cita Foucault, como um aparelho de controlo, de disciplina e de regulação que concorrem para a reprodução das formas de poder dominante, conseguindo um aumento da sua influência e eficácia. As enfermeiras e enfermeiras-chefes nos anos 50 do século XX, são então chamadas para colaborar neste processo de controlo, disciplina e regulação dos espaços e relações hospitalares, num “regime de «terror» instalado nas relações hierárquicas entre as categorias subalternas e as respetivas chefias, num contexto de um rígido sistema disciplinar, punitivo de qualquer infração à ordem hospitalar.” (*ibid.*, p. 142). Estava presente nos serviços, não só a figura da enfermeira-chefe, mas também a enfermeira de 1ª e 2ª classe que orientavam as auxiliares nas atividades, surgindo a ênfase nos registos realizadas por estas enfermeiras (Santos, 2012).

Em 1952, ocorre uma nova reforma no Ensino de Enfermagem com o prolongamento para três anos para o Curso de Enfermagem Geral, e já em 1956 é exigido um diploma dessas novas escolas com ensino reestruturado para exercer a profissão.

Segundo Araújo (2005), com os Decretos-Lei n.º 38.884 e n.º 38.885, de 28 de agosto de 1952, foram regulamentados três cursos: o Curso Geral de Enfermagem com exigência de 1º ciclo liceal e duração de 3 anos, o Curso de Auxiliares de Enfermagem com a exigência da instrução primária e duração de um 1 ano de teoria e 6 meses de prática e o Curso Complementar de Enfermagem com a exigência do 2º ciclo liceal, “além do Curso Geral de Enfermagem e prática profissional” (p. 44). A autora refere que “o hospital mantém-se, desta forma, num aspeto central na conceção e organização dos planos de estudo, uma vez que se apresenta como local de estágio e de trabalho” (p. 44) e talvez por isso mesmo as escolas apresentem dificuldades várias, que se prendem desde a conceção, definição e articulação do ensino teórico e prático dos seus alunos até questões mais profissionais da tutela do médico e uma centralidade hospitalocêntrica, a questões relacionadas com a falta de recursos nas instituições.

Os conhecimentos que se transmitem nas escolas são fundamentalmente sobre a doença (conhecimentos teóricos) e a tecnologia (conhecimentos práticos), baseados nos conhecimentos da medicina "que permanecem a única fonte de exploração do processo

saúde-doença" (Collière, 1999, p. 127). O ensino assenta no treino de "procedimentos, de atos reflexos, que visam tratar sinais, sintomas, sem ter descodificado o seu significado e, por isso, sem poder apreender os problemas de que são manifestação" (*ibid.*, p. 129).

A Enfermagem em Portugal apresentava-se muito hierarquizada, e continuava a prevalecer a ideia de uma "profissão para ajudar os médicos no tratamento dos doentes, sendo de destacar um dos vários atributos requeridos: uma sólida preparação profissional" (Santos, 2012, p. 327) virada para atender as necessidades dos utentes, para a execução de prescrições médicas, para a correta utilização de equipamentos e o surgimento da exigência do segredo profissional.

Nesta época, os enfermeiros portugueses estavam no auge do paradigma da categorização de Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (1996), desmembrando as pessoas em partes, como se o todo fosse a soma das partes, com o aparecimento do trabalho de enfermagem dividido em tarefas especializadas e centrando-se na cura da doença, no entanto, com enfoque na saúde pública e nas questões do ambiente.

Em 1965, em Portugal ocorre uma nova reforma no ensino desta profissão e, em simultâneo, surge o novo conceito de hospital e cuidados de saúde, em que os cuidados passam pela prevenção, tratamento e reabilitação. Estas transformações exigem que os conteúdos lecionados ponham em destaque a disciplina de Enfermagem em detrimento dos saberes médicos, com uma metodologia centrada no aluno e na sua aprendizagem, já sem a centralização nos resultados e na produção; os estágios são orientados por monitoras da escola para fazer a ligação das aprendizagens da escola aos estágios e exige-se aos aspirantes a enfermeiros que possuam o 2º ciclo liceal (Araújo, 2005).

Quanto à estrutura funcional da profissão de Enfermagem, mantém-se a mesma hierarquia e surge uma nova figura, a do enfermeiro-diretor; a novidade funcional destes profissionais está em, para além das prescrições médicas, algumas funções de carácter autónomo de uso de algumas técnicas, esterilização e ocupação dos doentes. Manifestava-se a procura de uma identidade profissional e o início da aquisição ou conquista de autonomia na profissão (Santos, 2012). Nos anos 70 do mesmo século, com o desenvolvimento da Psicologia e da Psicanálise, surge a "corrente de revalorização da relação entre quem presta cuidados e quem recebe os cuidados" (Collière, 1999, p.148).

À Enfermagem exigia-se o reconhecimento pelas relações interpessoais, e o centro dos cuidados de enfermagem já não era a doença. A pessoa "é o referente, o ponto de partida e de chegada dos cuidados" (*ibid.*, p.151). Há um alargamento do campo de atuação da enfermeira, ultrapassando a simples execução de prescrição médica, passando

os cuidados de enfermagem do tratar ao cuidar, iniciando-se a era do paradigma da Enfermagem da Integração, referido em K erouac et al. (1996).

Segundo Colli re (2003), nesta época, algumas enfermeiras distanciaram-se da concec o dominante dos cuidados de enfermagem, em que a racionalidade científica imperava e, ainda, se notava o grande peso da dominância médica. Estas enfermeiras interrogavam a complexidade dos cuidados de enfermagem, para compreender a sua natureza, explicar o seu conteúdo e desenvolver a “capacidade de aprender a discernir a partir do desconhecido, e no seio da complexidade, aquilo que liga as manifesta es ao mesmo tempo orgânicas, psicoafectivas e culturais de determinado problema sentido pelas pessoas que requerem cuidados.” (*ibid.*, p. 9).

Apesar dos efeitos positivos desta corrente, os contextos sociais do indivíduo não são considerados, "negligenciando a dimensão institucional e os fatores sociais, econ micos e políticos que determinam a doenca" (Colli re, 1999, p.163).

Segundo Maciel (2011), em Portugal, nos anos 70, ocorrem transforma es a nível sociopolítico e ao nível dos serviços de saúde. Desde meados do século até 1970, os serviços de saúde estavam baseados em contribui es obrigatórias para a seguranca social, para os que exerciam uma profissão, com o intuito de financiar as organiza es de saúde. Assim, este autor afirma que os ricos recorriam às institui es privadas, os assalariados   seguranca social e   caixa de previdência e os pobres aos hospitais da misericórdia.

O Decreto-Lei n  413/71, de 27 de setembro, pretendia: integrar os serviços de saúde que se encontravam dispersos, o desenvolvimento dos centros de saúde e a funda o de hospitais públicos. De acordo com Maciel (2011), estavam criados os centros de saúde de primeira gera o que se foram expandindo, nos anos subsequentes a 1971, com a revolu o de 1974; tendo cobertura nacional, Portugal antecipou-se   declara o da OMS de *Alma Ata* de 1976 que “defendia a necessidade de cria o e disponibiliza o de cuidados de saúde ao nível da promo o da saúde e da preven o da doenca.” (p.1).

O reconhecimento do serviço universal e gratuito para todos, em 1970 e, posteriormente, em 1979, o financiamento do SNS por receitas fiscais vieram abrir portas para as diversas altera es no SNS e, conseqentemente, nas organiza es de saúde.

Com o Decreto-Lei n 414/71 de 27 de setembro, foram definidas as carreiras das profissões de saúde, e implementada a carreira médica de saúde pública e hospitalar, a carreira de enfermagem, e ainda a de outros técnicos (*ibid.*). Não obstante, a ênfase continua na preferência feminina para ingressar nos Cursos de Enfermagem, apesar da

escassez de recursos humanos e com a inclusão da vertente cognitiva além da técnica, nos cursos. Até 1974, as enfermeiras estavam proibidas de contrair matrimónio, o que revela a tentativa de uma especificidade identitária feminina da profissão e características profissionais ideais, pelo menos até essa data.

Bento (1997) refere que, como consequência das transformações sociopolíticas, da mudança nos serviços de saúde, do aparecimento da corrente humanista em Portugal e logo a mudança do conceito de "cuidar", em 1976 ocorre outra reforma do Ensino de Enfermagem, com a integração de disciplinas da área das ciências humanas e a aposta de formação do aluno para a diversidade dos contextos e ações.

Em 1977, deram-se algumas mudanças, sobretudo o facto de o Curso de Enfermagem Geral passar a ter a duração de 3 anos, exigindo-se o Curso Geral dos liceus e a idade mínima de 16 anos para a sua admissão, atribuindo, assim, habilitação aos profissionais para:

(i) conhecer os problemas de saúde do país e eventuais soluções; (ii) distinguir entre normalidade e anormalidade nos indivíduos, relativamente aos seus aspetos biológicos, psicológicos e sociais; (iii) conhecer as doenças e a sua fundamentação fisiopatológica; (iv) identificar os riscos específicos de cada pessoa quanto à probabilidade de doença, de retorno a uma situação saudável, de incapacidade ou de morte; (v) saber aplicar medidas preventivas de saúde; e (vi) conhecer métodos de gestão, tal como aplicá-los. (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 1977, p.8).

Em 1979, é exigido, para frequentar o Curso de Enfermagem, o 3º ciclo ou Curso Complementar dos Liceus; a exigência da instrução para ingressar nos Cursos de Enfermagem é, especialmente, importante pela possibilidade de ingressar no Sistema Educativo Superior nos anos subsequentes (Araújo, 2005). Ainda segundo a autora, os cursos de especialização das áreas específicas, já existentes, são integrados nos planos curriculares das escolas e é criada a especialização da Gestão dos Serviços de Enfermagem, do Ensino de Enfermagem e da Investigação em Enfermagem.

No ensino de Enfermagem, outras vertentes são levadas em consideração. Para além do conhecimento técnico e científico, surge a área das ciências humanas, isto é, as relações humanas deixaram de estar no domínio do intuitivo e passaram a ser exploradas e ensinadas.

O Serviço Nacional de Saúde, com o “Decreto-Lei nº 56/79 de 15 de setembro, veio corporizar o que a Constituição da República Portuguesa de 1976, no seu artigo 64º consagrava em matéria de direito à proteção da saúde: a universalidade na cobertura, a generalidade e a gratuidade na prestação.” (Maciel, 2011, p. 6).

O Decreto-Lei nº 254/82, de 29 de junho, veio criar as Administrações Regionais de Saúde (ARS), designadas por centros de saúde de 2ª geração, com atividades essencialmente de prevenção e promoção de saúde a todos os grupos populacionais.

Com a mudança do SNS, gratuito e para todos, o paradigma das ciências sociais e humanas aliado às relações, colocou em destaque os cuidados primários de saúde, e conseqüentemente desenvolveram-se mudanças nas carreiras profissionais de saúde.

O Decreto-Lei nº 305/81, de 12 de novembro, regulamenta a atuação dos enfermeiros a três níveis: prestação e cuidados, administração e docência. A carreira apresenta-se com cinco graus:

- Grau 1 – categoria de enfermeiro;
- Grau 2 – categoria de enfermeiro-graduado e enfermeiro-monitor;
- Grau 3 – categoria de enfermeiro-especialista, enfermeiro-chefe e enfermeiro-assistente;
- Grau 4 – categoria de enfermeiro-supervisor e enfermeiro- professor;
- Grau 5 – categoria de técnico de enfermagem.

Nesse decreto-lei, constam as funções de cada categoria e define-se que a avaliação dos enfermeiros só deve ser feita por enfermeiros; esta última alteração caracteriza-se por uma evolução na profissão, por se considerar a Enfermagem uma ciência autónoma e por isso avaliada por pares.

No ano de 1981, foi nomeado um grupo de docentes pelos Ministérios da Saúde e da Educação para realizar a revisão curricular do Curso de Enfermagem, tendo considerado a profissão uma ciência “que visa a promoção, a manutenção e/ou aquisição de um estado de equilíbrio físico, mental e social nos indivíduos, garantindo as competências académicas e científicas, e as capacidades técnicas e profissionais.” (Araújo, 2005, p. 49). Este grupo organizou o último plano de estudos uniformizado para todas as escolas defendendo:

- (i) a especificidade da formação em enfermagem, enquanto arte e ciência; (ii) a complementaridade de outras áreas científicas neste ensino, como as ciências básicas, médicas, sociais e de saúde pública; (iii) a importância do desenvolvimento de uma formação inicial de enfermeiros capazes de se integrarem numa equipa de saúde e de se assumirem como agentes ativos e participativos nas comunidades, nas quais exerçam a sua atividade profissional; (iv) o contributo da formação permanente e da investigação para a enfermagem; e (v) a importância da criação de uma consciência profissional, tendo em vista a evolução da atividade e a melhoria dos cuidados de saúde. (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 1987, p. 3-4).

Com o Decreto-Lei n.º 265/83 de 16 de junho, são criadas Escolas de Enfermagem Pós-Básicas e regulamentam-se os Cursos de Enfermagem de Especialização em: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem de Saúde Pública e a Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Contudo, a formação dos enfermeiros foi organizada na busca de uma eficácia predominantemente técnica, que legitimava a adoção de conteúdos programáticos, de metodologias e normas de avaliação características do Modelo Escolar; eficácia esta preocupada com a produção de competências tradicionais: saber e saber-fazer.

Neste sentido, Mestrinho (1997) refere que o currículo é baseado nas concepções dominantes, o que leva a que o currículo tradicional seja normativo “no sentido em que apresenta primeiro a ciência base, em seguida a ciência aplicada e finalmente um estágio, em que se presume que os estudantes apliquem aos problemas do dia-a-dia profissional, as técnicas que resultam das investigações em ciência aplicada” (p. 35).

Na referida década de 80, dominava então a lógica tradicionalista de aprendizagem e segundo Bento (2001), os cuidados de enfermagem centravam-se na doença, valorizando-se “as atividades técnicas que se transformavam em rotinas” (p. 29).

No entanto, com a noção de Enfermagem como ciência, estão criadas as condições para o Ensino de Enfermagem ingressar no Ensino Superior, mas apesar de essa vontade constar no despacho n.º 44 – 2ª Série de 22 de fevereiro de 1985, o Curso de Enfermagem só foi integrado ao nível do Ensino Superior em 1988.

Com o desenvolvimento das ciências sociais e humanas, surgiu o Modelo Construtivo-interacionista, onde o sujeito adquire centralidade ao realçar-se um "reconhecimento da importância do ser humano no seio da sociedade" (Kérouac et al., 1996, p. 10).

Os cuidados de enfermagem querem-se, então, imbuídos de uma perspetiva holística do ser humano, onde a sua participação é essencial à prestação de cuidados com qualidade. Cuidados esses que passam a ter "uma dimensão social e uma dimensão de desenvolvimento das pessoas e dos grupos" (Collière, 1999, p. 171), isto é, numa intenção de *empowerment* das populações.

A Enfermagem inicia o percurso no paradigma da transformação, referido em Kérouac et al. (1996). As diversas Teorias de Enfermagem expandiram-se, a partir deste momento, e ao longo dos anos fazem-se algumas consolidações, principalmente com a entrada da formação em enfermagem no Ensino Superior e a valorização e investimento

na investigação a partir de 1998, que se denomina neste trabalho com a Era da Autonomização dos Enfermeiros.

Na sociedade ocorriam alterações. Em 1986, Portugal aderiu efetivamente à União Europeia e, em 1999, deu-se a adesão ao euro e desde aí decorreram múltiplas mudanças no país, essencialmente a nível económico, mas também político-social e consequentemente no sistema de saúde, nas profissões e na formação.

### 2.3. Era da autonomização dos Enfermeiros

A conceção de Enfermagem foi modificada, ao longo da história da sociedade, o que também contribui para a mudança de opções curriculares e formas de ensino, a partir do momento em que se reconheceu a necessidade de formação de profissionais de enfermagem.

Em 1988, Portugal integra o ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico sob a tutela conjunta do Ministério da Saúde e da Educação.

Segundo Araújo (2005), as Escolas de Enfermagem passaram a denominar-se de “Escolas Superiores de Enfermagem”, com autonomia a nível organizativo e com plano de estudos diversificado, conforme a sua filosofia educativa, mas com carácter normativo do Plano de Estudos do Curso Superior de Enfermagem do Departamento dos Recursos Humanos na Saúde. Os docentes conquistam os pressupostos de docência do ensino superior, com a autonomia disciplinar baseada na investigação científica e consequente valorização académica.

O Curso de Enfermagem passa a ter a duração de três anos, e com a sua conclusão obtém-se o grau de Bacharelato. O ensino está delineado sob um plano curricular diversificado, mas tendo em comum o destaque no ensino das disciplinas de cariz das ciências sociais, com a componente investigativa e a diminuição da componente prática.

Ao enfermeiro reconhecia-se o desempenho das suas funções para:

- (i) o suporte e/ou a substituição nas atividades da vida quotidiana dos doentes; (ii) o acompanhamento nas situações de crise e no período de fim de vida dos enfermos; (iii) a ajuda nas medidas de diagnóstico, terapêuticas e preventivas; (iv) a participação nas ações de manutenção, a promoção da saúde e a prevenção de doenças e acidentes, de readaptação funcional e de reinserção social; e (v) a contribuição para a melhoria da qualidade e eficácia

dos cuidados em enfermagem e para o desenvolvimento da profissão. (Araújo, 2005, p. 52).

Em 1991, foi lecionado, pela primeira vez em Portugal, o Mestrado em Ciências de Enfermagem, pela Universidade Católica Portuguesa (UCP) e pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), em 1993. Em 1992, foi dada a possibilidade de os docentes de enfermagem integrarem a carreira docente do Ensino Superior Politécnico, com as respetivas exigências e investimentos na área científica e académica.

O Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, alterou a carreira de enfermagem anterior e definiu-a em 4 níveis: nível 1 – categoria de enfermeiros e enfermeiro-graduado; nível 2 – categoria de enfermeiro-especialista e enfermeiro-chefe; nível 3 – categoria de enfermeiro-superior e assessor técnico-regional de enfermagem; nível 4 – categoria de assessor técnico de enfermagem. Nesta carreira de enfermagem, não consta a atividade de docência, encontrando-se como uma carreira distinta, mas apresenta uma descrição do conteúdo funcional da carreira de enfermagem.

Em 1994, inicia-se a formação especializada, com o Diploma de Estudos Superiores Especializados, conferindo o grau de Licenciatura de enfermeiros com exigência de entrada de dois anos de experiência profissional aos detentores do grau de Bacharel. As especializações faziam-se nas seguintes áreas: Saúde Materna e Obstétrica; Saúde Infantil e Pediátrica; Saúde Mental e Psiquiátrica; Reabilitação; Saúde Comunitária; Médico-Cirúrgica; e o Curso de Estudos Superiores Especializados em Administração de Serviços de Enfermagem (Araújo, 2005). Nesta época, os enfermeiros e alunos de enfermagem deparam-se com a complexidade das situações, "confrontando-os com dilemas de dificuldade crescente e que apelam a tomadas de decisão cada vez mais exigentes, tem-se dado mais importância à formação para o desenvolvimento e aos valores que orientam a prática dos cuidados" (Silva, 2002).

Em 1993, o Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro, define as unidades de saúde "que corporizam o princípio de integração e progressiva articulação entre os diversos níveis de cuidados de saúde, desenhadas como estruturas funcionais de integração horizontal de serviços de natureza diversa: hospitais, centros de saúde e outros estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde." (Maciel, 2011, p.8).

A nível dos centros de saúde sucedem-se várias experiências-piloto, ao nível da sua organização e da sua orientação, já com autonomia administrativa, reconhece-se a necessidade de incentivos remuneratórios aos profissionais de saúde. Em 1998, foram

criados os centros de saúde de 3ª geração, com maior autonomia e objetivos de descentralização e desconcentração (*ibid.*).

Com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), decretado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, fez-se um esclarecimento e regulamentação das funções de enfermagem autónomas e interdependentes. Estavam criadas as condições para surgir a Ordem dos Enfermeiros, em 1998, com o Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, passando, então, a haver uma regulamentação da profissão de Enfermagem nos diversos contextos profissionais e o assegurar do cumprimento das normas que constam do código deontológico.

Com o Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de setembro, os Cursos de Enfermagem adquirem o grau de Licenciatura e para a transição dos enfermeiros possuidores do Bacharelato em Enfermagem é-lhes dada a possibilidade de frequentar o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, sendo-lhes conferido o Curso de Licenciatura em Enfermagem. As especializações são designadas de Pós-Licenciaturas de Especialização em Enfermagem nas áreas já existentes, sendo também criadas Pós-Graduações, noutras áreas.

Com esta reforma escolar pretende-se “assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do seu ciclo vital, à família, aos grupos e à comunidade, nos diferentes níveis de prevenção” (Araújo, 2005, p. 53), além de assegurar a capacidade na gestão dos serviços de saúde, na formação quer de enfermeiros quer de outros profissionais, e na investigação.

Surge neste período a preocupação com as novas competências profissionais. Trata-se de um conjunto de competências não especificamente técnicas, mas sociais, afetivas e relacionais, tais como o saber-ser, saber-estar e saber-transformar-se. Espera-se que as competências se desenvolvam através da interligação de conhecimentos e experiências e se efetue a sua reorganização através da inclusão desses novos conhecimentos.

Devido à evolução constante da Enfermagem, são consideradas essenciais no ensino, não apenas as técnicas, mas também as competências de relacionamento interpessoal, de reflexão sobre as práticas, de investigação e de formação que concorrem para o desenvolvimento pessoal e profissional.

A formação em enfermagem sofreu alterações, baseadas num paradigma socioconstrutivista, que valoriza os conhecimentos e as experiências dos formandos e potencia a sua autonomia, com a reformulação do ensino segundo o processo de Bolonha<sup>2</sup>.

Segundo Sousa e Lopes (2014), o processo de Bolonha baseia-se na ideia de que os ensinos superiores devem ser comparáveis e compatíveis entre os países que assinaram a declaração de Bolonha. As premissas deste processo colocam o aluno e a sua aprendizagem no centro da formação, são consideradas as aulas letivas, mas também o trabalho autónomo do estudante.

Portanto, em 2000 o processo de Bolonha veio trazer mudanças ao nível da formação em enfermagem. No ano de 2001, as Escolas Superiores de Enfermagem passam para a tutela do Ministério da Educação e, posteriormente, contam com a parceria entre o Ministério da Educação e o da Saúde; em 2004, ocorre a reorganização da rede pública das Escolas de Enfermagem. Com o Decreto-Lei 175/2004, de 21 de julho, ocorre a fusão das Escolas de Enfermagem de Coimbra, Lisboa e Porto e as Escolas não integradas em Politécnicos foram integradas em Universidades.

Em 2002, inicia-se o primeiro Doutoramento em Enfermagem no ICBAS, posteriormente, em 2004, na UCP e na Universidade de Lisboa (UL). O campo disciplinar da Enfermagem foi reconhecido a nível académico pela possibilidade de aquisição do grau de Doutoramento em Enfermagem.

O campo disciplinar da Enfermagem sustenta-se nas Teorias da Enfermagem, que se foram modificando/transformando conforme a evolução da profissão, tendo em conta o seu contexto social, histórico e político. Segundo Peterson e Bredow (2013), as Grandes Teorias surgiram da necessidade da distinção da Enfermagem de outras disciplinas e por isso muito abrangentes e abstratas. As Teorias de Médio Alcance vieram colmatar a lacuna entre a teoria e a prática apontada às Grandes Teorias. Deste modo, as Teorias de Médio Alcance definidas como: fisiológicas, psicológicas, sociais, integrativas e modelos da prática; permitem uma articulação/interligação entre a teoria e a prática, através de

---

<sup>2</sup> “O Processo de Bolonha representa um vetor determinante para o cumprimento da Estratégia de Lisboa para 2010, aprovada em março de 2000 pelos presidentes e chefes de governo dos países da União Europeia, que visa tornar a Europa, até 2010, o espaço económico mais dinâmico e competitivo do mundo, baseado no conhecimento e capaz de garantir um crescimento económico sustentável, com mais e melhores empregos e com maior coesão social.

No plano do ensino superior preconiza-se uma importante mudança nos paradigmas de formação, centrando-a na globalidade da atividade e nas competências que os jovens devem adquirir, e projetando-a para várias etapas da vida de adulto, em necessária ligação com a evolução do conhecimento e dos interesses individuais e coletivos.” Decreto-Lei n.º 42/2005. DR 37 SÉRIE I-A de 2005-02-22

uma abordagem mais qualitativa dos fenómenos; apesar de menos abstratas que as Grandes Teorias são criticadas por, ainda, não conseguirem atingir o seu objetivo na sua totalidade, mas possibilitaram e possibilitam evoluções importantes no campo disciplinar e nos cuidados (*ibid.*, 2013).

Sucederam-se diferentes classificações das teorias em paradigmas e, conseqüentemente, num nível ainda mais abstrato, as classificações de metaparadigmas. A classificação dos paradigmas utilizada neste trabalho prende-se com a recorrente utilização dos autores na literatura em enfermagem.

Tal como já referido, Kérouac et al. (1996) classificaram as Teorias de Enfermagem em três paradigmas: o da categorização, da integração e o da transformação.

O metaparadigma mais referenciado e adotado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2001, em Portugal é o de Fawcett (1984) com os seguintes conceitos centrais: pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem, sendo estes considerados os pilares da disciplina de Enfermagem.

A pessoa “una e indivisível” é central nos cuidados de enfermagem e é considerada um ser social com direito à autodeterminação, com a coexistência e inter-relações de processos intencionais e não intencionais, que influencia e é influenciada pelo ambiente (OE, 2001). Vieira (2009) acrescenta que neste processo do cuidar a família, quer seja como parceiros do cuidar, quer seja como cliente, constitui parte integrante da atuação dos enfermeiros.

A saúde é descrita como um estado subjetivo decorrente da representação mental da pessoa, considerado como um processo dinâmico e contínuo de procura de equilíbrio (OE, 2001). Vieira (2009) esclarece que nessa procura de equilíbrio o ser humano tem que se adaptar – “gerir as mudanças na sua vida de forma a manter ou conseguir o conforto físico, psico-espiritual, social e ambiental de que necessita para se sentir saudável” (p. 84). Neste sentido, a autora refere que a cultura influencia os conceitos de doença, incapacidade, bem-estar e sentido da vida, sendo então a saúde considerada um projeto de vida pessoal, em (re)construção.

No ambiente, são considerados os diversos elementos que o constituem, tais como os humanos, os físicos, os políticos, os económicos, os culturais e os organizacionais que influenciam o conceito de saúde da pessoa, e os enfermeiros devem incluir esta inter-relação, pessoa-ambiente, nos cuidados de enfermagem (OE, 2001). Vieira (2009), também, acrescenta que o ambiente, definido como a comunidade, também, é alvo dos cuidados dos enfermeiros.

Os cuidados de enfermagem prestados, quer à pessoa, quer à família, são individualizados e personalizados, onde o enfermeiro se distingue “pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa como cliente dos cuidados de enfermagem” (OE, 2001, p. 10). Os cuidados de enfermagem realizam-se numa relação interpessoal em parceria com a pessoa – indivíduo e/ou família – com vista à promoção e consecução do seu projeto de saúde que pode visar “a máxima autonomia o mais precoce possível, ou uma vida digna até à morte” (Vieira, 2009).

As intervenções de enfermagem autónomas prescritas e implementadas pelos enfermeiros, são realizadas ao longo do ciclo vital e procuram “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.” (OE, 2001, p. 11).

As intervenções interdependentes são consideradas secundárias e complementares à atuação de outros grupos profissionais (Vieira, 2009), e apesar de serem prescritas por outros grupos profissionais para a resolução de problemas de saúde, os enfermeiros são responsáveis pela sua implementação (OE, 2001).

Nas intervenções autónomas, os enfermeiros detetam focos de intervenção, planeiam intervenções (prescrevem) e implementam-nas, baseados num processo de tomada de decisão, baseados na melhor evidência científica existente, respeitando seja a singularidade da pessoa, seja o código deontológico da profissão (OE, 2001).

Quanto às competências dos enfermeiros de cuidados gerais, a OE, em 2003, define-as em três domínios: a prática profissional, ética e legal; a prestação e gestão dos cuidados e o desenvolvimento profissional.

As competências inerentes ao domínio da prática profissional, ética e legal são a responsabilidade, a prática segundo a ética e a prática legal. As competências associadas à prestação de cuidados compreendem: a prestação de cuidados, a promoção da saúde, a colheita de dados, o planeamento, a execução, a avaliação e comunicação e as relações interpessoais; ao nível da gestão dos cuidados incluem: a gestão de cuidados, o ambiente seguro, os cuidados de saúde interprofissionais, a delegação e supervisão. No domínio do desenvolvimento profissional juntam-se: a valorização profissional, a melhoria da qualidade e a formação contínua.

Em 2010, surge também pela OE o projeto do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP), que pretendia a individualização de especialidades com a possibilidade de surgirem novas especialidades e a certificação de competências ao enfermeiro, após conclusão da Licenciatura em Enfermagem e certificação de competências do enfermeiro especialista, para socialização do próprio nas suas novas competências, através de um exercício profissional tutelado.

No entanto, apesar de, em 2014, se iniciar um processo, quer de certificação dos contextos formativos da prática clínica, quer dos agentes envolvidos nesta dinâmica de certificação, o MDP ainda não foi implementado na prática, dada a complexidade na sua aplicação.

De facto, a entrada na União Europeia trouxe mudanças estruturais a vários níveis da sociedade portuguesa, com destaque para as mudanças na formação como referidas anteriormente, mas também organizacionais nas instituições de saúde; e após um crescimento económico na sua fase inicial, este mesmo crescimento sofre depois um declínio, o que se reflete na diminuição das condições de trabalho dos trabalhadores, inclusive dos enfermeiros.

Segundo Aguiar-Conraria, Alexandre e Pinho (2010), nos primeiros anos de adesão à Comunidade Económica Europeia (1986-1991), a economia cresceu significativamente em Portugal, ao nível dos países mais ricos da União Europeia; nos anos de 1992-1998, as condições reais da economia portuguesa deterioraram-se, apesar de existir uma ligeira expansão entre 1994 e 1998; de 1999 a 2009, ocorreu uma estagnação da atividade económica.

Em 2008, com a falência do *Lehman Brothers*, a crise económica teve início nos EUA e propagou-se para a Europa, mergulhando-a numa crise financeira, e mesmo em 2010, muitos países enfrentam uma fase de austeridade sem sinais de recuperação económica, inclusive Portugal (Caetano & Rico, 2014). Diversas alterações foram feitas, desde a instalação da crise na Europa e em Portugal, numa tentativa de recuperação económica, de rentabilizar os recursos e tornar os serviços públicos mais eficazes e eficientes

Desde 2002, os funcionários públicos e, por conseguinte, os enfermeiros têm visto os seus rendimentos a diminuir, inicialmente com a atualização salarial abaixo da inflação, seguida do congelamento de salários, a partir de 2003, e, em 2005, o congelamento das progressões na carreira.

Nas instituições de saúde, segundo Maciel (2011), foi ao nível dos cuidados secundários que se operaram mudanças mais rápidas; em 2002, alguns hospitais públicos adquirem novas formas de gestão, com a criação de Sociedades Anónimas (SA) e hospitais de Setor Público Administrativo (SPA), que são hospitais públicos com autonomia financeira e administrativa. Estes hospitais já não admitem profissionais para os seus quadros, mas contratualizam os recursos humanos, através do Contrato Individual de Trabalho (CIT). Posteriormente, em 2005, a visão privada e de empresarialização da saúde é reforçada com a transformação dos hospitais SA e SPA em Entidades Públicas Empresariais (EPE), que se afirmam com uma gestão autónoma, mas sob tutela do Estado.

A Rede de Cuidados de Saúde Primários foi concebida em 2003, mas apesar de prever cuidados continuados, amplos e gratuitos, em articulação com os cuidados secundários e terciários e contratualização de gestão com outras entidades, não teve implementação prática. Em 2006, ocorre uma nova reorganização ao nível dos cuidados primários, entre várias reformas, destaca-se a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF) com gestão autónoma e contratualização de objetivos e metas, formada por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde com um regime remuneratório baseado em incentivos (Maciel, 2011). Depois, os centros de saúde foram agrupados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e nomeados os diretores executivos e Conselhos Clínicos ao nível hierárquico, em 2009.

Com a visão de empresarialização dos cuidados primários, seguiu-se à implantação da USF a constituição de unidades - Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) - com características funcionais que as distinguem, mas complementares fazendo parte do mesmo ACES e trabalhando em rede.

Todas as evoluções e mudanças no sistema organizacional das instituições públicas visam a gestão dos recursos de saúde públicos, de uma forma mais eficiente e eficaz e a separação do prestador e do financiador, sem perder a característica essencial de um sistema de saúde público gratuito e universal.

Também a carreira dos enfermeiros foi alvo de reformulações, em 2009, com o Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de setembro e o Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro, onde constam apenas duas categorias – enfermeiro e enfermeiro-principal. Nesta reformulação da carreira deixou de existir a figura de enfermeiro-especialista e o caráter permanente do cargo de enfermeiro-chefe. O enfermeiro-principal acumula com

as funções de enfermeiro a gestão dos cuidados de enfermagem. Assim, termina a categoria de enfermeiro-chefe e para os cargos de chefia de enfermagem são nomeados enfermeiros-principais, por um período de três anos por comissão de serviço e podendo esta comissão ser renovável.

Segundo o Decreto-Lei nº 122/2010 de 11 de novembro, os enfermeiros-chefes e os supervisores subsistem na carreira e no seu conteúdo funcional.

No entanto, esta “nova” carreira ainda não se encontra implementada na prática, apenas foi publicada a portaria 250/2014 de 28 de novembro onde consta que os avisos e as normas dos concursos a enfermeiro e enfermeiro-principal serão publicados na bolsa de emprego pública. Contudo, apesar de os concursos para enfermeiros terem aberto, até ao momento, ainda, não abriu qualquer concurso para enfermeiro-principal.

No contexto atual, apesar do reconhecimento da cientificidade dos saberes em Enfermagem, os enfermeiros na prestação de cuidados diretos encontram-se com o seu poder económico alterado, devido ao congelamento da progressão na carreira, surge mesmo uma nova carreira que se perspetiva polémica, visto não reconhecer os investimentos na formação e a prática clínica; os enfermeiros encontram-se, assim, num processo de crise identitária profissional, dados os constrangimentos sociopolíticos que atingem a profissão e o país.

## Síntese

Sobre a importância da abordagem à evolução histórica da Enfermagem, Holme (2015) defende que um profundo conhecimento histórico da profissão permite desenvolver o pensamento crítico sobre o passado, consequentemente reforçar a identidade profissional dos enfermeiros e contribuir para dar resposta aos desafios atuais e futuros na complexidade de cuidados.

Neste ponto de vista, Pires (2012) refere que o entendimento do passado auxilia os enfermeiros a caracterizar a sua identidade “fazendo emergir os fatores estruturantes dessa mesma identidade num período definido de tempo.” (p. 7).

A representação da profissão de Enfermagem pela sociedade influencia a forma como se estabelecem diálogos e relações entre pessoa e enfermeiro, sendo a representação “culturalmente definida pela história e pelos valores culturais, bem como pelas relações sociais existentes.” (Vieira, 2009, p. 90).

Holme (2015) refere que o conhecimento da história de Enfermagem pelos estudantes de enfermagem e enfermeiros permite uma melhor identificação com a própria profissão. Ao se debruçarem acerca da sua história, os enfermeiros reconhecem representações da profissão que, ainda hoje, permanecem na sociedade e nos enfermeiros. Ao tomar consciência deste facto, podem conhecer as crenças e valores do passado e não as julgar à luz do conhecimento e valores do presente, mas reconhecer que houve um processo construtivo e evolutivo da profissão com as adaptações às alterações e pressões sociais, políticas, económicas e culturais.

Neste sentido, realizou-se um percurso para entender as influências históricas e sociopolíticas na profissão, que se iniciou na Era Vocacional dos Enfermeiros, período que decorre desde a Idade Média até ao século XX, onde não existe o reconhecimento da necessidade de conhecimentos teóricos pelos enfermeiros, existindo uma ideologia vocacional, baseada no ensino de conhecimentos práticos e morais, veiculando-se valores como a submissão e a obediência institucional e ao médico, com consequências identitárias nestes profissionais nos seus contextos de trabalho.

Posteriormente, na Era Profissional dos Enfermeiros, o Ensino de Enfermagem era ministrado nas Escolas de Enfermagem, mas predominando o ensino biomédico ou tecnicista, com sinais subtis na tentativa de autonomização destes profissionais com algumas funções profissionais autónomas nos contextos de ensino e de trabalho ligados à revalorização da relação, com evoluções na formação ao nível das especialidades em determinadas áreas e com repercussões atuais da sua manutenção.

Já na Era da Autonomização dos Enfermeiros, estes desencadeiam um reconhecimento da autonomização profissional iniciado pela entrada do Ensino de Enfermagem ao nível do Ensino Superior Politécnico, autonomização esta seguida pela publicação do REPE (1996), com a regulamentação de cuidados autónomos e interdependentes, e pela identificação da profissão de Enfermagem com um campo disciplinar próprio e distinto através do desenvolvimento da investigação com os Mestrados e os Doutoramentos, e através da conquista de espaços de intervenção autónomos. Apesar de constarem, os cuidados interdependentes na execução de atos prescritos por outros profissionais, essas ações interdependentes exigem uma posição crítica e ativa por parte dos enfermeiros.

Esta seria a época “dourada” para a Enfermagem, dá-se o reconhecimento social da disciplina, crucial para a população. No entanto, se a nível profissional a evolução da profissão ocorreu de forma favorável, as condições económicas e políticas eram

desfavoráveis a esse reconhecimento profissional. Se inicialmente as transformações sociais decorrentes da entrada na União Europeia desencadeiam reformas no ensino com o Processo de Bolonha, nas organizações e instituições de saúde, em 2008, devido à crise económica e financeira, os países e mais especificamente Portugal entram num período de austeridade, cujo declínio económico se reflete nas condições de trabalho dos enfermeiros.

Apesar do reconhecimento da cientificidade dos saberes em Enfermagem, o congelamento das carreiras, a reformulação da carreira em 2009 que não reconhece os investimentos na formação e da experiência da prática clínica, que nunca veio a ser colocada em prática nos contextos de trabalho, os enfermeiros encontram-se em crise identitária profissional, crise decorrente dos constrangimentos económico e sociopolíticos do país que se estendem por vários anos.

A compreensão do passado “permite apreender o significado original e primordial dos cuidados: o de manter, promover e desenvolver tudo o que existe ou todo o potencial de vida que os seres vivos conservam.” (Collière, 1999, p.349). Nesta perspetiva, foi necessário realizar uma desconstrução e reconstrução do conceito de Enfermagem atual. Para tal, como Collière (2003) refere, foi necessário “tirar do esquecimento as influências dominantes que continuam a agir com persistência sobre a evolução da profissão de Enfermagem, sem, no entanto, serem percebidas e consciencializadas.” (p.45).

Neste contexto, e considerando as influências históricas e sociopolíticas, a profissão de Enfermagem necessita de uma liderança efetiva para que os profissionais de enfermagem sejam capazes de desbravar caminhos para a contínua definição e (re)construção da sua identidade profissional e para o desenvolvimento da cientificidade da profissão, conseguindo, conseqüentemente, a melhoria quer das condições de trabalho quer dos cuidados de enfermagem. Assim, no capítulo seguinte aborda-se não só o conceito de liderança, como as lideranças que intervêm no contexto profissional dos enfermeiros, para entender quem são os autores/promotores das mudanças identitárias profissionais dos enfermeiros.



*“Distributed leadership approaches place leadership at all levels of an organization system, encouraging informal leadership emergence through the fostering of a supportive organizational culture and system of networks to increase innovation.” (Ogilvie, 2012, p. 26)*

### 3. Lideranças profissionais

Neste capítulo, inicia-se com a compreensão e contextualização histórica do termo liderança e depois segue-se o conhecimento das produções científicas produzidas neste campo em Portugal, para conhecer as repercussões destes estudos nesta área, verificando-se que a liderança em enfermagem em Portugal foi amplamente estudada no âmbito da figura do enfermeiro-chefe em enfermagem, com algumas variações culturais em relação ao estrangeiro.

A pesquisa bibliométrica (Fernandes & Vieira, 2011) e a metassíntese (Fernandes, Vieira & Araújo, 2015) realizadas no âmbito deste trabalho e nos estudos acerca da liderança em enfermagem em Portugal, apesar de se cingirem à liderança formal fazem emergir a definição do conceito de liderança como um conceito abrangente. Deste modo, constatou-se que neste conceito – liderança – ocorreu uma evolução que vai muito para além do enfermeiro-chefe/enfermeiro-principal, pois a liderança já não é mais um estatuto formal de poder, mas um processo de influência e de desenvolvimento com quem se interage – o *Outro* – enfermeiro-chefe, pares, professores de enfermagem e *Outros* grupos profissionais da área da saúde.

Por conseguinte, reconhece-se, tal como Ogilvie (2012) menciona, a liderança como um processo social de influências recíprocas perspetivando-se a emergência da liderança informal e considerando a liderança efetiva na aliança entre a liderança formal e informal para o desencadear de inovações nos contextos profissionais de saúde.

Assim, ao pretender-se estudar as influências do *Outro* nas identidades profissionais dos enfermeiros portugueses, reserva-se neste capítulo, um subcapítulo às lideranças intragrupais – formais e informais – e outro subcapítulo às influências intergrupais.

Dá-se início, então, à contextualização histórica do conceito de liderança para logo o aprofundar e definir, com o intuito de (re)conhecer a sua abrangência.

### 3.1. Contextualização histórica do conceito de liderança

A liderança nem sempre foi valorizada nos currículos e nas funções do enfermeiro-chefe, valorizando-se os aspetos administrativos em detrimento da liderança (Marquis & Huston, 1999).

Segundo Tappen (2005), nos currículos dos Cursos de base em Enfermagem deveria constar o estudo da liderança que permitiria aos enfermeiros trabalhar em equipa de forma eficaz, perceber qual o seu papel no sistema de saúde, aconselhar e proteger os seus clientes, ser promotores de mudança, controlar a sua prática e exercer liderança e administração, para colaborar no desenvolvimento da profissão. A abordagem da liderança nos currículos e o desenvolvimento dessa competência poderá permitir aumentar a capacidade de lidar com as pessoas, os chamados relacionamentos sociais, não apenas com a pessoa, mas também com equipas, grupos e organizações (*ibid.*).

A estreita interligação e complementaridade entre liderança e administração teve, como consequência histórica, a desvalorização da liderança em benefício da administração. Os dois conceitos são distintos; enquanto a administração é focada numa só pessoa com uma posição formal, a liderança pode ser desempenhada por vários sujeitos com posições formais e informais.

Apesar desta distinção de conceitos, ambiciona-se por fundi-los num só sujeito, tendo a função de administrador como o controlo técnico e a função de líder como a de liderar/orientar os seus colaboradores (Marquis & Huston, 1999). Como administrador exerce poder e autoridade e como líder influencia os liderados (Chiavenato, 1999).

A compreensão da evolução das teorias da administração e da liderança no seu tempo histórico fornece contributos para o entendimento destes conceitos, embora se reconheçam algumas limitações e críticas.

Segundo Chiavenato (1999), na era industrial clássica emergiram as primeiras teorias da administração, que foram posteriormente conotadas de mecanicistas e demasiado racionais, pois centravam-se no trabalhador, nas tarefas segundo Taylor e nas funções segundo Fayol.

Com o aparecimento das teorias das relações humanas o *homo economicus* foi substituído pelo *homo social*, e enfatizaram-se as pessoas e as suas motivações (Chiavenato, 1999). Despontou a escola das relações humanas, a escola do comportamento organizacional e a escola de desenvolvimento organizacional. Denota-se

uma certa ingenuidade nestas teorias, quebrando com o *homo economicus* em benefício apenas do *homo social*, gerando desconfiças e limitaões às próprias teorias.

Posteriormente, passou-se a dar importância às tecnologias e ao ambiente, elaborando-se teorias com as mesmas limitaões das anteriores, que continuavam sem integrar o que existia até ao momento.

As teorias da administração permitiram constatar a existência de cinco conceitos para o exercício em pleno da administração; são eles as tarefas, as estruturas, as pessoas, o ambiente e a tecnologia (Chiavenato, 1999).

Com as teorias das relações humanas estavam proporcionadas as condições para o nascimento do conceito de liderança; as teorias posteriores só vieram permitir ainda mais o seu desenvolvimento.

As primeiras teorias acerca da liderança versavam sobre as características necessárias a um líder, afirmando a existência de traços de personalidade próprios nos grandes líderes – teoria das características e do grande homem. Esta teoria concebia a liderança como inata e defendia que nem todos podiam ser líderes, porque se nascia líder ou liderado (Marquis & Huston, 1999). Estas teorias não conseguiram, efetivamente, comprovar que determinadas características correspondiam a um líder, no entanto, trouxeram contributos para a importância da existência de algumas delas num bom líder, sendo as mais estudadas a inteligência e a iniciativa (Tappen, 2005).

Com as teorias do comportamento, surgem as teorias funcionais sobre os estilos de liderança, não se centrando apenas na pessoa do líder e suas características, mas também nas suas ações ou nos estilos de liderança, para fomentar o aumento de produtividade e motivação/satisfação das pessoas (Chiavenato, 1999).

Os estudos mais difundidos são: os três estilos de liderança, a liderança orientada para a tarefa ou pessoas e a grade gerencial. No primeiro temos a liderança autocrática, a liderança liberal e a liderança democrática; no segundo, a liderança orientada para as tarefas com vista à obtenção de resultados imediatos – ênfase na produção e a liderança orientada para as pessoas que inclui a participação de toda a equipa – ênfase nas pessoas; no terceiro combina-se a preocupação com a produção e com as pessoas em cinco possibilidades (*ibid.*).

As teorias situacional e contingencial divulgam a ideia de que os líderes apresentavam de forma dinâmica as respostas ou os estilos consoante a situação/contexto (Tappen, 2005); já a teoria interacional da liderança consegue contextualizar a liderança,

ter uma visão holística das interações e conferir a existência de sistemas abertos neste processo (Marquis & Huston, 1999).

A relação de dualidade entre líder e liderado está presente na liderança transformacional, pois os intervenientes influenciam-se mutuamente e enriquecem-se, e o líder orienta, transformando liderados em líderes e líderes em agentes de mudança (*ibid.*). Deste modo, o líder favorece e incentiva a cultura da organização, a criatividade e a inovação nos seus membros, com a conseqüente mudança daí decorrente (*ibid.*).

A Teoria Transformacional integra os conceitos das teorias existentes e acrescenta novos conceitos (Tappen, 2005), como a mudança e a transformação, conseguindo a descentralização da liderança e o despontar da liderança partilhada necessária às evoluções constantes no mundo e, especificamente, na saúde.

Nas novas conceções de liderança, esta é definida como um processo ético e relacional, em que as pessoas se unem na tentativa de realização de mudanças positivas (Komives, et. al, 2013). Segundo os autores, as pessoas envolvem-se no processo de liderança de forma ativa e partilhando liderança com outros membros, incluindo “the informal or formal positional leader in a group, as well as all active group members who seek to be involved in group change. Participants are active, engaged, and intentional.” (*ibid.* p. 21)

As lideranças na profissão de Enfermagem podem apresentar-se numa multiplicidade de figuras significativas quer intragrupais quer intergrupais que influenciam a identidade profissional dos enfermeiros, destinam-se, então, os dois subcapítulos seguintes para refletir sobre esta temática, evidenciando os possíveis coautores das influências identitárias profissionais.

Os enfermeiros dentro do seu grupo profissional contactam com diversos agentes de mudança identitária, que se enquadram na liderança informal na figura dos seus pares, na liderança formal do formador/professor e na liderança formal no papel de enfermeiro-chefe. Seguir-se-á, pois, uma breve contextualização destes agentes.

## 3.2. Lideranças intragrupais

Este subcapítulo aborda as lideranças intragrupais, nomeadamente os contornos das lideranças formais na figura dos enfermeiros-chefes e professores de enfermagem e as lideranças informais na figura do líder clínico.

### 3.2.1. Liderança dos Enfermeiros-Chefes

Após uma breve contextualização evolutiva do conceito de administração e liderança, surgiu a necessidade de estudar a liderança na enfermagem em Portugal, atendendo a que a prática de enfermagem se exerce num contexto de decisões rápidas, diretas e emergentes que exigem líderes efetivos de cuidados.

Foi realizado um estudo bibliométrico acerca do que se estudou nesta área em Portugal (Fernandes & Vieira, 2011) e pretendeu-se analisar, através de uma metassíntese (Fernandes et al., 2015), as diversas facetas abordadas pelos 22 autores das teses encontradas, com o intuito de reconhecer similaridades e divergências que contribuem para o enriquecimento do conhecimento da liderança na enfermagem portuguesa. Pretendeu-se realizar uma síntese crítica desse conhecimento, comparar o que foi produzido em Portugal com o conhecimento internacional e obter indícios para o entendimento, quer das similaridades, quer das diferenças, que se pretendem explicitar neste subcapítulo.

Encontraram-se, em Portugal, estudos na área dos estilos de liderança, nas relações dos estilos de liderança com enfoque na motivação/satisfação, na inteligência emocional, no conflito, na tomada de decisão, nas relações interpessoais e na comunicação.

A forma como a liderança se exerceu originou duas categorias de análise, a dimensão da liderança do poder e da autoridade e a dimensão da liderança das capacidades.

Na primeira dimensão da liderança do poder e da autoridade (Furtado, 2010; Dias, 1992; Guerrinha, 1992; Alves, 1992; Loureiro, 2005; Alves, 2010), o poder apesar de distribuído de forma desigual, confere através da autoridade legitimidade para o exercício da liderança. Desta forma, os autores explicitam a necessidade do poder e da autoridade

do líder para a influência do sujeito e do grupo, como liderados, considerando e respeitando o grupo e o indivíduo.

Na segunda dimensão da liderança das capacidades, os autores referem que o líder necessita de conhecer e dominar capacidades que lhe permitam influenciar os outros, seja para cumprir objetivos, seja para o aperfeiçoamento profissional, surgindo assim duas subdimensões: a subdimensão da liderança das capacidades para objetivos (Alves, 1995; Azevedo, 1999; Batista, 2007; Canilho, 2007; Ferrão, 2008; Garcia, 2008; Guerra, 2009; Junqueira, 2006; Neves, 1996; Santos, 2005), que implica, por parte do líder, a capacidade para conseguir que a equipa obtenha determinados objetivos, e a subdimensão das capacidades estimuladas (Dias, 2001; Gandra, 1993; Gonçalves, 2008; Jesus, 1995; Jesus, 2006; Rojão, 2000) para o aperfeiçoamento do profissional, esperando-se que o liderado se supere pessoal e profissionalmente para o desenvolvimento das suas funções do cuidar.

Com a exploração do conceito de liderança, delinearão-se outros conceitos implícitos nas categorias mencionadas e que são necessários à sua compreensão, como: influência, poder, autoridade, capacidades, objetivos, aperfeiçoamento, satisfação/motivação, líder e liderados.

Na análise realizada, optou-se por conhecer os diferentes conceitos de liderança presentes nos 22 estudos. Os conceitos, embora distintos, apresentam similaridades, que são consensuais a estudos internacionais, como Cummings et al., (2009) e Garcia e Santa-Bárbara (2009), que referem o conceito de liderança nos estudos encontrados, como podendo ser definido com um processo de influência num grupo ou contexto com objetivos ou visões comuns. Além disso, podemos constatar que, nem sempre, o enfermeiro-chefe é líder; para se ser líder são necessários certos atributos, que vão ao encontro dos vocábulos referenciados e que o líder tem de ser reconhecido como tal pelos liderados.

Foram encontradas 8 teses (Alves, 1995; Azevedo, 1999; Canilho, 2007; Dias, 1992; Gandra, 1993; Gonçalves, 2008; Guerrinha, 1992; Jesus, 1995), que estudaram os estilos de liderança em enfermagem em Portugal de 1992 a 2008.

Nos estilos de liderança analisados pelos estudos mencionados, verificou-se que foi detetada uma variedade de estilos, utilizada de acordo com a maturidade dos liderados. Esta versatilidade de estilos permite que se possam ter expectativas perante os líderes interpelados, apesar de em alguns estudos se verificar desadequação dos estilos aos graus de maturidade. Com a constatação dos estilos utilizados, depreende-se que os estilos

diretivos são os mais utilizados, mas este panorama está em mudança e os enfermeiros líderes estão a utilizar, também, estilos delegativos.

A formação dos líderes na área da gestão/administração/liderança interfere com a auto-perceção da liderança. Porém um estudo, (Gandra, 1993), refere que alguns líderes apresentam *scores* de liderança negativos e daqui se pode concluir que possuir conhecimentos na área da liderança nem sempre é sinónimo de se dominar esse conceito para o colocar em prática.

Ora, devido à diversidade de metodologias e contextos, pode-se concluir que o perfil do enfermeiro-líder em Portugal foi delineado, embora se necessite de mais estudos para entender as suas implicações nos enfermeiros e nos cuidados.

A relação entre os estilos de liderança e a motivação foi verificada em seis teses, quatro delas (Dias, 2001; Ferrão, 2008; Furtado, 2010; Junqueira, 2006) referem que, de facto, existe relação entre estas duas variáveis e que o estilo de liderança que concorre para a satisfação dos enfermeiros está mais direcionado para as relações interpessoais, apesar de duas teses (Guerra, 2009; Loureiro, 2005) não encontrarem relação entre as variáveis, e referirem que as relações interpessoais entre outras variáveis são importantes para a satisfação dos liderados. Alguns estudos internacionais, também, partilham destas conclusões (Cummings et al., 2009; Mohammad, Al-Zeaud & Batayneh, 2011).

Além da relação entre estas duas variáveis, foram estudadas as competências do líder e, a esse propósito, três teses (Ferrão, 2008; Furtado, 2010; Junqueira, 2006) referem que a não possibilidade de recompensar os liderados é sentido como *handicap* pelos líderes. Tanto a satisfação como a insatisfação está presente no panorama nacional, dependendo do contexto estudado; tal como em estudos de revisão estrangeiros (Melo, Barbosa & Sousa, 2011), os fatores de motivação são as relações e os de desmotivação são o reconhecimento social e a remuneração.

A relação entre os estilos de liderança e a inteligência emocional é confirmada em quatro teses (Alves, 2010; Garcia, 2008; Jesus, 2006; Santos, 2005), nas quais os líderes estudados são emocionalmente inteligentes. Sobre as variáveis como tempo de serviço, idade e formação encontram-se controvérsias a nível nacional e internacional, quando relacionadas com a inteligência emocional, o que confirma as diferenças culturais e de instrumentos utilizados nos estudos realizados. Quanto às diferenças de sexo, num estudo de Núñez, Fernández-Berrocal, Rodríguez e Postigo (2008), os homens sobrevalorizam-se e as mulheres subvalorizam-se nas suas capacidades emocionais, o que pode gerar controvérsias nos estudos sobre a inteligência emocional e as diferenças de género.

Em 3 teses analisadas (Alves, 1992; Neves, 1996; Rojão, 2000), o conflito foi abordado como inerente à prática profissional dos enfermeiros, onde é primordial a intervenção do enfermeiro líder que comunica de forma eficaz, através de uma boa relação interpessoal, e considera a tomada de decisão dos seus colaboradores. Além disso, os resultados dos estudos na área da liderança, em Portugal, mostram algumas controvérsias que, por vezes, também são verificadas a nível internacional, o que revela as especificidades dos contextos, nesta temática. Portanto, a realização de mais estudos na área da liderança, a nível nacional e até internacional, poderá permitir entender o impacto da liderança nos cuidados de enfermagem.

A metassíntese realizada permitiu compreender que o líder interfere com os seus liderados e, em consequência, com as suas funções, sendo um elemento importante na qualidade da prestação de cuidados. Após a realização da metassíntese, foi efetuada em 2016 uma outra pesquisa, com os mesmos critérios, publicados no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP); trata-se de teses realizadas no ensino superior português que incluíram no título os termos “liderança” e “enfermeiro” ou “enfermagem”. Assim, além das teses já analisadas, encontraram-se mais 9 teses.

Nestas 9 teses, foram estudados os estilos de liderança e a relação com o desempenho profissional (Fradique, 2012; Ntieku, 2014; Nunes, 2014; Rocha, 2011), tal como os estilos de liderança e a satisfação profissional (Almeida, 2012; Menezes, 2010; Mendes, 2014; Rocha, 2011), com a verificação de insatisfação profissional dos enfermeiros num estudo realizado por Mendes (2014) e nas restantes pesquisas predomina a satisfação profissional. Noutro estudo de Maciel (2011), pretendeu-se conhecer as mudanças ocorridas no papel de enfermeiro-chefe com as alterações organizacionais do SNS.

Deste modo, verifica-se a existência de satisfação e de insatisfação profissional no panorama nacional, confirmando as teses anteriormente mencionadas na metassíntese. Além do mais, em todas elas foi confirmada a correlação entre estilos de liderança e desempenho e/ou satisfação profissional.

A este propósito, os estilos de liderança dos enfermeiros-chefes e a correlação com o desempenho profissional e a satisfação dos enfermeiros, foram investigados por Rocha (2011) que concluiu que os enfermeiros da sua amostra não se encontravam insatisfeitos e que a autonomia e o inter-relacionamento pessoal deviam ser incrementados pelo líder, para o aumento da produtividade dos cuidados.

A satisfação profissional dos enfermeiros e a relação da satisfação desses enfermeiros face aos estilos de liderança dos seus enfermeiros-chefes foi estudada por Almeida (2012), com a deteção de elevados índices de satisfação dos liderados com os estilos de liderança adotados e muito elevada percentagem de satisfação profissional.

Menezes (2010) pretendeu entender as relações entre liderança e satisfação profissional, concluindo que, de facto, a liderança interfere na satisfação profissional, com níveis de satisfação elevados quando o enfermeiro-chefe adota o estilo de liderança para as relações humanas.

A implicação dos estilos de liderança sobre a satisfação profissional foi investigada por Mendes (2014), verificando que os enfermeiros se encontram insatisfeitos, com desmotivações a nível das promoções e salário e motivações na natureza dos cuidados. O autor constata que existe relação entre estilos de liderança adotados pelo enfermeiro-chefe e liderados, com a existência de níveis de satisfação mais elevados para estilos orientados para a tarefa e um pouco menos elevados para estilos orientados para as relações.

A relação entre a liderança e o desempenho profissional foi pesquisada por Ntieku (2014), afirmando, com algumas reservas devido à pequena dimensão da amostra, que a liderança tem impacto no desempenho profissional, especialmente nas relações que se estabelecem entre líderes e liderados.

Fradique (2012) investigou o efeito da liderança na qualidade dos cuidados e esclarece que a qualidade de cuidados de enfermagem depende do líder, com destaque para a importância da comunicação estabelecida, em situações em que o líder demonstra reconhecimento aos seus liderados, a procura de estratégias de desenvolvimento profissional nos liderados e a promoção da inovação nos cuidados e nos serviços, entre outras.

A perceção da liderança quer pelo líder, quer pelo liderado foi abordada por Nunes (2014), concluindo que o enfermeiro-chefe tem enorme importância na prestação de cuidados prestados pela sua equipa, com maior relevo em fatores reconhecidos por líderes e liderados, como a comunicação, o reconhecimento e a inovação.

Ainda se encontraram mais duas teses, uma sobre os estilos de liderança em Santos (2014), que pretendeu conhecer a opinião dos liderados sobre os estilos de liderança utilizados pelos seus líderes, e outra de Maciel (2011) que investigou as mudanças que ocorreram no papel do enfermeiro-chefe com as mudanças organizacionais no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Santos (2014) constatou que o estilo de liderança que os liderados idealizam está próximo da realidade, o que indica a correspondência às expectativas, valorizando o estilo de liderança orientado para a estruturação da tarefa e o trabalho de equipa; ao passo que Maciel (2011) verificou que são variadas as percepções dos enfermeiros-chefes sobre as mudanças ocorridas no SNS, desde constatações de benefícios, essencialmente, a nível dos utentes, mas com obstáculos ao seu desempenho na equipa e no serviço, com diminuição na autonomia e poder.

O conceito de liderança foi abordado por estes autores nacionais, com múltiplas definições de liderança, no entanto, todos eles continuam a referir a liderança como a capacidade de influenciar outros. Desta forma, os estudos realizados na área da liderança, ora com a evolução histórica do conceito, ora com o enquadramento do que foi estudado em Portugal, contribuíram para entender o conceito de liderança numa forma mais abrangente. Entende-se o conceito de líder, como aquele que influencia o outro e, por isso, pode ser qualquer pessoa que o outro veja como referência ou a quem reconheça legitimidade para o poder influenciar – que considere como referência, especificamente a nível profissional.

Downey, Parslow e Smart (2011) definem a liderança como o poder de influência que afeta os pensamentos e/ou as ações de outras pessoas.

Nas 31 teses encontradas e analisadas desde 1992 a 2014 em Portugal, que se encontraram acessíveis em suporte papel ou digital, foram efetuados estudos essencialmente sobre o enfermeiro como líder formal – o enfermeiro-chefe.

Apesar de não ter sido objeto de estudo mais aprofundado por parte de nenhuma das 31 teses, o líder informal foi abordado de uma forma ténue por Nunes (2014); ao salientar a importância da abordagem da temática de liderança nos Cursos de Enfermagem, refere que essa importância, além de outras questões como formar futuros líderes formais, se deve também ao facto de a liderança poder ser exercida por todos os elementos da equipa de enfermagem, designadamente pelo enfermeiro prestador de cuidados. Junqueira (2006) também abordou o assunto subtilmente, ao referir que para exercer liderança não se necessita de institucionalização e que não se está dependente de um cargo formal.

Downey et al. (2011), também, afirmaram que, na literatura internacional, se repete esta situação, com a existência de muita produção científica acerca da liderança formal e pouco deste tipo de produção sobre liderança informal, essencialmente no impacto que os líderes informais têm nas organizações, na gestão e nos cuidados.

Os autores referem ser importante para a profissão de Enfermagem a identificação destes líderes informais para estimular o desenvolvimento profissional e para a possibilidade de se realizarem parcerias entre o poder formal (organizações e líderes formais) e o poder informal (líderes informais).

Martin, McCormack, Fitzsimons e Spirig (2012) empreenderam uma investigação no âmbito The Clinical Leadersip Programme, na Suíça, que pretendia desenvolver competências de liderança transformacional nos enfermeiros de gestão nos níveis médio a alto, com melhorias significativas na inovação dos processos e na inspiração de uma visão partilhada pela sua equipa de trabalho. Estes líderes formais são chamados de pensadores criativos verticais, pelos autores, que necessitam da colaboração da restante equipa no desenvolvimento da sua visão e na aplicação de melhorias no serviço e na própria equipa.

Neste sentido, Arvidsson, Löfgren e Fridlund (2001) referem a importância da supervisão clínica quando o supervisor não utiliza o controle e a punição como métodos de trabalho. A supervisão clínica poderá permitir: o desenvolvimento das competências e o aumento da criatividade e, portanto, a diminuição da insatisfação laboral; o aumento de processos reflexivos e logo o incremento da qualidade de cuidados; sentimentos de realização pessoal e profissional; valorização da supervisão; segurança; e desenvolvimento do sentido de solidariedade profissional.

Este tipo de supervisão clínica traz benefícios, tais como o maior envolvimento com a profissão, a promoção da colaboração interprofissional, o aumento de conhecimentos nas mais variadas fases da profissão e o incremento da consciência profissional e do sentido de pertença (*ibid.*, 2001).

Garrido, Simões e Pires (2008) evidenciam a necessidade de se romper com ideias de caráter inspetivo, punitivo e de controlo, associadas à supervisão, e a ver no supervisor um transmissor do “seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática, permitindo aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões, bem como promover a inovação na prática clínica” (p. 15).

Quanto à denominação clínica da supervisão, segundo Garrido et al. (2008), o termo também pode ser entendido de forma pejorativa, ao ser relacionado ao Modelo Biomédico da prestação de cuidados. A este respeito, Abreu (2007) refere que o termo clínico é comum e central nos profissionais de saúde, pois reporta-se às atividades de cuidar, tratar e curar os doentes, “orientando, ajudando ou mesmo substituindo-os no desenvolvimento das suas atividades de vida” (p 16), relevando a atividade clínica como a dimensão mais

importante da intervenção dos profissionais de saúde designados por enfermeiros. De maneira que, a supervisão clínica poderá ser uma das ferramentas possíveis que o supervisor (formal/enfermeiro-chefe) detém para desenvolver liderança nos supervisionados, mas tendo em conta que “apesar de ser da responsabilidade do supervisor encaminhar, guiar o supervisionado, a construção do seu conhecimento está nas suas mãos” (Garrido et al., 2008, p. 40), com o objetivo primordial de autonomia do supervisionado.

Gottlieb et al. (2012) advogam que uma liderança efetiva deve basear-se numa liderança partilhada e transformacional e que os enfermeiros necessitam de mentores ou perceptores para os guiarem num ambiente de aprendizagem. Ao reconhecerem que a formação é um processo contínuo, e prolongado ao longo do tempo, de exercício profissional, estas perspetivas tornam-se necessárias aos ambientes de cuidados, já de si em constantes e rápidas mudanças. Johns (2003) evidencia os benefícios de um programa de supervisão clínica para aumentar a liderança entre os enfermeiros líderes e que, efetivamente, também os enfermeiros líderes formais a podem desenvolver tal como os enfermeiros que prestam cuidados diretos ao utente.

A supervisão do enfermeiro líder formal sobre os liderados é uma das formas de partilha e desenvolvimento de liderança. Alleyne e Jumaa (2007) referem, também, se poder desenvolver esta liderança nos contextos do cuidar, através da supervisão de grupos, através do *co-coaching*, que permitem implementação e manutenção de práticas de qualidade com a noção de que o sinónimo de uma boa Enfermagem é uma boa Liderança, considerando este o caminho que a Enfermagem terá de percorrer para uma nova Enfermagem que atua em contextos cada vez mais complexos e incertos.

Silva (2005) refere que a liderança se apoia em cinco tipos de poder: poder de recompensa, poder coercitivo, poder de especialização, poder de referência e poder legítimo. O autor acrescenta que os líderes informais se baseiam em dois desses tipos de poder, o poder de especialização que permite que o líder influencie porque tem conhecimentos específicos e o poder de referência em que o líder influencia visto que possui características pessoais e profissionais de referência ou de identificação.

A respeito do poder de especialização, Nunes (2010) refere que “os peritos clínicos podem utilizar o seu conhecimento e sabedoria prática para ensinar outros e influenciar os colegas a agir em benefício dos clientes – o que torna um perito clínico num líder clínico.” (p. 5).

Na conjugação desses dois tipos de poder – referência e especialização – emergem os líderes informais, sendo o líder formal crucial para o *empowerment* destes autores de mudança. A liderança transformacional permite que o líder formal converta liderados em líderes que possam realizar verdadeiras mudanças nas práticas e na profissão (Simões & Fávero, 2003).

Ogilvie (2012) refere, igualmente, que o reconhecimento e a distribuição de liderança na organização – formal e informal / vertical e horizontal, possibilitam ambientes de inovação e de criatividade. Defendendo que essas lideranças permitem aumentar a *performance* da equipa, a satisfação dos seus elementos e uma visão de influência coletiva mais forte, sem, ainda assim, diminuir a importância do líder formal, com papel relevante ao nível da promoção de um ambiente estável e coeso, sem esquecer a sua responsabilidade de *empowerment* dos líderes informais. Esta perspetiva acarreta ganhos para a organização, os elementos do grupo, o grupo profissional, a profissão, os cuidados de enfermagem e a identidade profissional.

Segundo Ogilvie (2012), a re(construção) da identidade profissional depende do indivíduo, dos grupos sociais e dos contextos de trabalho. O grupo onde está inserido profissionalmente reforça ou inibe a transição de novas identidades profissionais e dependendo dos contextos ou ambientes de trabalho, o indivíduo poderá apenas reproduzir as identidades veiculadas pela organização, através do líder formal, ou inovar identidades e práticas profissionais. A autora salienta a liderança como essencial para as identidades, principalmente para as identidades em transição dos enfermeiros.

### 3.2.2. Liderança entre pares Enfermeiros

No continente Americano, Gilmartin e Nokes (2015) referem que existe a figura ambivalente de Clinical Nurse Leader (CNL), porque enquanto há autores a defender que a liderança deve estar presente em todos os RN (Register Nurses) e que estes deveriam ser envolvidos em atividades de planeamento de cuidados, no desenvolvimento de competências de gestão e processos de melhoria de cuidados; outros autores referem que os RN não têm tempo para essas atividades; têm falta de competências para conseguir sozinhos a qualidade de cuidados ou de integrar evidência científica nas tomadas de decisão, ou até pelo facto de trabalharem em organizações que estão em processos

demorados de desenvolvimento de programas para a melhoria de cuidados de enfermagem (Gilmartin & Nokes, 2015).

De forma que, segundo Gilmartin e Nokes (2015), foi introduzida esta categoria na equipa de enfermagem, certificada pelo American Association of Colleges of Nursing após formação, mas que atua ao nível dos cuidados prestados (ao nível do *clinical micro-system level*), que trabalha na linha da frente em contacto direto com os utentes e cuidados, com atividades de gestão de promoção de cuidados baseados em tomadas de decisão clínica, baseadas na evidência científica; uma gestão de atividades de coordenação, de atividades relacionadas com os cuidados e gestão do ambiente dos mesmos que assegure a sua qualidade e a respetiva segurança.

Tal uso do conceito de CNL leva a algumas confusões na sua utilização, nas diversas investigações encontradas e veiculadas por bases de dados internacionais. Todavia, quando se faz um paralelismo com situações nestes contextos, em Portugal, considera-se que os enfermeiros têm nível de formação de licenciados que lhes permite desenvolver as competências de liderança que estão associadas a estes CNL; por este motivo, foram pesquisados e selecionados artigos que abordassem esta figura importante de influência na identidade profissional dos enfermeiros e nos cuidados.

De igual modo, se constata, tal como o fazem Chávez e Yoder (2015), que o conceito se encontra confuso na literatura, porque apresenta variações culturais que derivam não só da evolução histórica da profissão, como também dos seus contextos sociopolíticos. Assume-se que a liderança informal envolve "intentional influence exerted by one person over other people to guide, structure, and facilitate activities and relationships in a group or organization" (*ibid.*, p. 98).

Stanley (2012) refere que a liderança clínica resulta em inovação, que por sua vez resulta em mudança e esta em melhoria dos cuidados, dos serviços, da qualidade dos cuidados e do profissionalismo.

A liderança, para ser efetiva, necessita de pessoas corajosas que estejam preparadas para liderar e colocar em prática as suas ideias e necessita de seguidores que acompanhem aquele que age em concordância com os seus ideais, seguindo os princípios da teoria da liderança da congruência (*ibid.*). O autor menciona que os líderes informais são pessoas que estão em posição de reconhecer as necessidades dos outros e dos serviços e implementar ações. Estes líderes apontam situações que exigem mudança e intervêm, reconhecendo estas lideranças em várias categorias de enfermagem.

Stanley (2012) refere, a este respeito, que em outras investigações que realizou concluiu que os líderes formais, com funções de gestão, foram vistos como controladores dos processos e, por isso, não percebidos como líderes clínicos. Chávez e Yoder (2015) reforçam esta constatação e indicam que o conceito de *Clinical Leadership* teve origem na necessidade de distinguir a liderança informal da liderança formal. Do mesmo modo, McNamara et al. (2011) fortalecem esta ideia, quando referem que, num anterior estudo realizado por eles, após os enfermeiros serem retirados dos cuidados diretos ao utente, estes sentem-se menos capazes de exercer liderança clínica.

Patrick, Laschinger, Wong e Finegan (2011) referem que a liderança clínica está presente nos enfermeiros que prestam cuidados diretos ao utente. Líderes clínicos são definidos como enfermeiros que assumem comportamentos que direcionam e apoiam os utentes e a equipa de saúde durante os cuidados e que influenciam e coordenam utentes, famílias e seus pares ao prestarem cuidados, conseguindo mudanças criativas e inovadoras.

Os líderes clínicos informais são definidos como enfermeiros peritos envolvidos diretamente na prestação de cuidados num contexto em que reportam mudanças e propõem inovações, componente da identidade profissional de enfermagem, porquanto influenciam outros enfermeiros, melhorando as práticas de enfermagem baseadas na evidência para atingir níveis de excelência nos serviços (Stanley, 2012). Este processo acontece porque estes enfermeiros possuem o *empowerment* e capacitam outros na transformação dos serviços, ao serem verdadeiros nas intenções e valores, estando conscientes da sua identidade profissional que permite identificação destes enfermeiros pelos seus pares prestadores de cuidados.

A prática é real porque emerge do contexto, através de um par reconhecido como perito e líder nos cuidados que serve de referência na identificação profissional dos outros enfermeiros da equipa, porque estes podem observar diretamente as suas ações (soluções criativas), identificar a congruência dos seus valores e ideias e reconhecer as mudanças como genuínas e possíveis (*ibid.*).

O enfermeiro líder informal reflete os comportamentos da prática, procurando oportunidades de mudança, questionando a rotina e correndo riscos para implementar mudanças, pensando de forma criativa, criando redes de confiança e executando a mudança nos seus pares (Patrick et al., 2011). Ainda segundo os autores, o enfermeiro para ser considerado líder tem que possuir conhecimentos de perito nas competências em enfermagem e do trabalho de equipa, utilizando-os para influenciar outros.

Ennis, Happell, e Reid-Searl (2015) investigaram a importância da existência de *clinical leaders* efetivos entre RN que exerciam em serviços de saúde mental e reconheceram a existência de características de liderança clínica, em enfermeiros que lidaram com situações inesperadas ou imprevisíveis e, por isso, stressantes e de crise, tornando-se enfermeiros de referência profissionais que fornecem exemplos de como agir na prática.

Os líderes informais, segundo Downey et al. (2011) não se reconhecem como líderes, a maior parte das vezes; vão trabalhar porque atribuem significado ao que fazem, identificando-se com o serviço e sentem-se responsáveis pelos utentes e cuidados prestados nessas unidades. Uma das suas grandes capacidades é a humildade, aceitam recompensas no desenvolvimento de conhecimentos e no reconhecimento, mas não aceitam que lhes seja atribuído um título formal, cedendo tacitamente ao título de líder informal, porque acham que a atribuição do formal altera a sua dinâmica na equipa, desencadeando, implicitamente, dificuldades de trabalhar nas situações e no seu estabelecimento de relações de confiança entre os outros membros da equipa.

Spivak, Smith, e Logsdon (2011) referem que Benner se apoiou em Dreyfus para apresentar o importante conceito de enfermeiro perito em enfermagem, que desencadeou o desenvolvimento de competências na profissão de Enfermagem. Ainda assim, os autores referem que Benner não disse como manter esses líderes de cuidados nos serviços; referindo, além disso, que os líderes formais devem encetar medidas para o desenvolvimento e manutenção destes enfermeiros líderes clínicos, conhecendo as suas motivações, valores e desafios, para melhorá-los, apoiá-los, orientá-los e motivá-los.

A forma de os apoiar, segundo Downey et al. (2011), passa por reconhecê-los como importantes para o sistema organizacional, já que têm acesso a redes de recursos humanos e possuem informação privada das equipas a que o poder formal não consegue aceder e à qual não deve forçar o acesso. Até porque em conjunto com os elementos da equipa, se encontram diversas formas de pensar e trabalhar em sinergia, podendo construir soluções criativas e efetivas (*ibid.*). Os autores aconselham os líderes formais a comunicarem aos líderes informais que eles são o coração e a motivação dos serviços, que fazem a diferença e após a identificação e consciencialização desta faceta profissional, os segundos devem ser encorajados e supervisionados.

Constata-se, então, que se deve manter a rede de confiança nos elementos da equipa, envolvendo as decisões do poder formal na articulação e na sua subcultura, integrando

todos os elementos da mesma, com destaque para quem de facto conhece os seus antecedentes, os anseios, as dificuldades e os receios dos elementos da equipa.

Patrick et al. (2011) sugerem que todos os RN são potenciais líderes clínicos e estudam como os enfermeiros chefes (*nurses managers*'), trabalham o ambiente para o desenvolvimento desta liderança e não só concluem que os líderes formais devem fornecer ambientes de *empowerment* destas lideranças clínicas, como facilitar esses comportamentos, para atribuição de significado às mudanças. O líder formal deve, pois, influenciar os seus liderados a assumir e desenvolver competências de liderança.

Para a promoção de um ambiente de *empowerment*, os enfermeiros devem ter acesso às informações, às oportunidades, ao apoio, aos recursos e aos poderes formal e informal para implementar ações planeadas de mudança, baseadas em tomadas de decisão com base na evidência científica (Patrick et al., 2011). Ainda segundo o autor citado, ao promover esse ambiente, o líder formal permite que os enfermeiros controlem as suas práticas e realizam a ligação da efetiva autonomia nos cuidados e o aumento da qualidade de cuidados prestados.

Downey et al. (2011) esclarecem que os líderes informais são subestimados e que a liderança formal recorre pouco a eles; se forem identificados pode-se permitir e auxiliar o seu desenvolvimento e a sua capacitação para o impacto positivo nos outros elementos da equipa e no serviço.

Os mesmos autores referem ser muito difícil, ou até impossível, avaliar toda a envolvente da liderança informal, mesmo assim, o líder formal deve ter a capacidade de observar, entender e identificar o líder informal para o supervisionar e desenvolver. Do mesmo modo, Stanley (2012) aponta como objetivo prioritário, por parte das organizações e gestores, a identificação destes líderes clínicos informais, para facilitar o reconhecimento do potencial de liderança pelos próprios, no sentido de os apoiar e promover o seu desenvolvimento.

Um programa de desenvolvimento de liderança foi conduzido por McNamara et al. (2014), com enfermeiros que não ocupavam posições de gestão, em que utilizaram o *mentoring*, a promoção de ambientes de aprendizagem e o *coaching* formal em grupo, como estratégias de desenvolvimento de liderança nos enfermeiros, não obstante, reconhecerem que, apesar de estas estratégias formais terem surtido efeito, se tivessem sido conduzidas de forma informal teriam sido mais benéficas e efetivas.

Garrido et al. (2008) referem a importância do relacionamento profissional entre supervisor e supervisionado para a supervisão clínica, sendo o papel do supervisor

transmitir “o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática, permitindo aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões, como promover a inovação da prática clínica” (p. 15). Os autores, ainda, evidenciam a relevância da necessidade desta supervisão, no início da profissão de Enfermagem, quando o profissional inicia o processo de integração na profissão e necessita de outro par com mais experiência para o acompanhar neste processo formativo. A este respeito, Abreu (2001) refere que com a entrada no mercado de trabalho, o enfermeiro tem a oportunidade de constituir a sua identidade autónoma, e é nesta fase que surgem diversas confrontações entre identidade virtual e a reconhecida, das quais pode depender a modalidade de construção da identidade profissional de base.

Gottlieb et al. (2012) referem que uma parceria colaborativa entre pares de várias posições, em que cada um partilha o que sabe fazer melhor, baseados numa negociação de objetivos, partilha de poder, abertura e respeito, permite a atribuição de significado às práticas. Esta parceria colaborativa requer comportamentos de liderança, uma vez que cada um dos pares necessita encontrar a sua própria voz, a defesa da sua posição e o envolvimento de evidência nas suas decisões clínicas.

Pinheiro, Macedo e Costa (2014) defendem a necessidade de uma supervisão colaborativa e horizontal entre pares, no ambiente da prática de cuidados, em que o indivíduo tanto é supervisor como supervisionado num processo de alternância, baseado nos princípios de democraticidade e de liderança. Neste sentido, a supervisão permite um processo dinâmico, igualitário e democrático em que mediante “o feedback bidirecional, a reflexão e a aprendizagem colegiais e compartilhadas, impulsionam a (des/re)construção das práticas, com vista à autonomia profissional” (p. 104).

Nesse estudo, os momentos em que os autores puderam observar como colaborativos foram as reuniões, as passagens de turno e a formação em serviço, que surgiram espontaneamente e de forma informal das práticas dos cuidados. Garrido et al. (2008), também, percecionam novas formas de formação em que os profissionais trocam experiências e conhecimentos, nomeadamente na participação nos debates clínicos interdisciplinares; na formulação, leitura e análise reflexiva dos registos de enfermagem; na reflexão de momentos, de ações e atividades nas passagens de turno e na melhoria da qualidade da formação das escolas com a sua contextualização, que aconteceria com parcerias entre a escola e as instituições de saúde.

Segundo Abreu (2001), a escola é um espaço de socialização e de construção da identidade profissional dos enfermeiros e, posteriormente, as identidades profissionais

sedimentam-se ao longo do seu percurso profissional; se é na escola que o processo de construção da identidade se baseia em quadros de inteligibilidade, é no processo formativo permitido pela escola nos ensinamentos clínicos que se efetua “o primeiro contato com a profissão, com as culturas profissionais e com as identidades coletivas que o aluno de enfermagem inicia as suas interações e começa a constituir representações que lhe permitem perceber o significado do trabalho. Por outro lado, são os contextos de trabalho que atribuem significação às práticas de saúde.” (p. 304).

No estudo de Pinheiro et al. (2014), apesar de os participantes terem formação na área da supervisão e serem supervisores da formação inicial, eles visualizam a supervisão verticalizada, devido “à desvalorização da informalidade e da espontaneidade do trabalho colaborativo na prática de cuidados.” (p. 106). No entanto, para que a supervisão colaborativa com vista ao desenvolvimento profissional e à construção da identidade profissional se constitua uma realidade, é imprescindível a “emergência de enfermeiros supervisores, que constituam líderes de equipas em aprendizagem e de organizações qualificantes” (*ibid.*, p. 108).

O complexo ambiente de cuidados exige que os líderes formais e as organizações estejam atentos às influências das lideranças existentes dentro das equipas e dos serviços, que contribuem para o aumento da qualidade de cuidados no desenvolvimento de práticas de qualidade e para um maior empenhamento e identificação profissional.

O papel das formações formal e informal nos contextos de trabalho é essencial no desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros com vista ao “desenvolvimento das pessoas e não apenas à aquisição de conhecimento e de técnicas” (Garrido et al., 2008, p. 37), em que a pessoa ou o grupo se constituem como fonte essencial de conhecimento.

### 3.2.3. Liderança na formatividade – Professores de Enfermagem e Formadores

O contexto formativo, ao nível da formação inicial e ao longo da vida nas formações académica e contínua, tem um papel importante na (re)construção identitária dos enfermeiros, tanto no aluno, como no profissional.

A formação académica dos enfermeiros compreende: o Curso de Licenciatura em Enfermagem e o Curso Pós-Licenciatura de Especialização que exigem a passagem por

campos de estágio para uma melhor interligação da teoria com a prática clínica, e o Curso de Pós-Graduação, o Mestrado e o Doutorado, que podem não apresentar formação direta nos campos de estágio, mas definem o seu processo formativo e de desenvolvimento na prática. Na formação contínua, os enfermeiros têm a possibilidade de contactar com outros atores como os formadores seus pares, nos contextos de trabalho, nos Departamentos de Educação Permanente e com outros grupos profissionais tais como em congressos, simpósios, reuniões de formação com enfermeiros e com outros grupos profissionais.

O desenvolvimento profissional passa pela formação inicial, mas este vai mais além, enquadrando-se numa perspectiva de continuidade de experiências na vida profissional e fora dela, experiências formativas que implicam “entre outros fatores, uma reformulação da própria identidade psicossocial e inclui, para além dos elementos de ordem individual, as circunstâncias contextuais decorrentes de um determinado quadro formativo” (Sá-Chaves, 2003, p.48). Nesta emergente e constante formatividade dos enfermeiros, eles contactam e interagem com as influências, quer dos paradigmas de ensino/formação, quer da figura dos formadores/pares e professores de enfermagem.

### **Formação Académica**

Os paradigmas do ensino/formação têm vindo a ser alterados, a formação inicial tem sido alvo de modificações face ao desenvolvimento da profissão, dos sistemas de ensino a nível europeu e nacional, assim como da perspectiva da formação e da relação professor-aluno.

Na formação inicial, o ensino de Enfermagem caracteriza-se por uma componente teórica e uma componente prática, ambas com forte influência na profissionalização do estudante de enfermagem, que se faz com a interação com os professores de enfermagem, com os enfermeiros supervisores e com os restantes enfermeiros.

Moreira e Ferreira (2014) alertam para a possibilidade de ocorrer, em algumas situações, um desfasamento entre os docentes e os enfermeiros, na prestação de cuidados, podendo ocorrer uma teoria com falhas e uma prática desprovida de conteúdo. No entanto, a tensão existente entre estes dois tipos de profissionais é considerada benéfica, uma vez que promove o desenvolvimento da inovação e a ocorrência de mudanças profissionais.

Assim, diversos autores defendem a parceria entre as escolas e as instituições de saúde na formação dos estudantes de enfermagem, para uma boa qualidade no ensino (Araújo, 2005; Garrido et al., 2008; Figueiredo, 2013; Moreira & Ferreira, 2014).

Torna-se crucial a interdependência entre a teoria e a prática, na formação dos enfermeiros, com o objetivo de formar “profissionais que possuam um bom conhecimento teórico para lidar com as diversas situações que a prática e a realidade profissional demandam e que, por sua vez, conseguem analisar e refletir sobre as práticas desenvolvidas recorrendo à teoria e à pesquisa.” (Moreira & Ferreira, 2014, p.132).

Os mesmos autores referem que, para exercer a atividade educativa é imprescindível a relação com o outro, em particular no apoio e no desenvolvimento do outro. Todavia, em muitos cursos de formação de professores, descarta-se a vertente relacional, em prol das teorias e práticas pedagógicas.

O relacionamento torna-se decisivo na aprendizagem do cuidar pois este “será aprendido através de relações e proximidade entre professor/professor, professor/aluno e aluno/aluno, isto é, pelo clima relacional experimentado e vivenciado entre as diferentes pessoas da instituição.” (Ferreira, 2005, p. 159)

Correia (2012) salienta que o cuidar e a formação têm por base o processo relacional, explicitando que uma coisa comum a estas atividades é a relação humana, alertando para o facto de que a “forma como vivemos a interação com o outro acaba por determinar o modo como vivemos os fenómenos.” (p. 59).

Atualmente, nas Escolas Públicas e Privadas de Enfermagem, podem-se encontrar dois tipos de relações entre as escolas e as instituições: a formação teórica e, posteriormente, a formação prática, denominada de formação em alternância por complementaridade, em que o aluno pode apreender que teoria e prática são distintas; e a formação em alternância na escola-instituição, designada de formação em alternância por articulação, em que se verifica uma articulação entre os dois contextos formativos (Araújo, 2005).

A formação em alternância por articulação é considerada pela autora a verdadeira alternância, onde há a partilha de saberes e experiências, levando, os sujeitos envolvidos, para as instituições de saúde, os conhecimentos teóricos, e trazendo para as escolas os saberes e experiências práticas, que articulados e reflexionados, se transformam.

Abreu (2003) defende que o acompanhamento realizado em conjunto com o professor e o enfermeiro nos locais de ensino clínico poderá contribuir para o melhoramento da qualidade da formação, aos níveis dos contextos académico e clínico, e ser potenciador de mudanças e inovação.

Internacionalmente, também, essa necessidade de uma maior aproximação foi sentida no Chile, num estudo realizado por Bettancourt, Muñoz, Merighi e Santos (2011)

que defendem que é importante a parceria do docente de enfermagem e os enfermeiros na formação do futuro enfermeiro, em que este último aprende a cuidar na relação com a pessoa que necessita de cuidados, integrando a teoria e a prática. Constatando que o contexto clínico, tanto se pode apresentar como um ambiente facilitador de desenvolvimento no estudante, como pode ser um ambiente hostil e de tensão.

No discurso dos entrevistados, os docentes de enfermagem percebem o contexto clínico como um local externo/diferente do habitual, temporário e, por isso, fora da sua zona de conforto, com sentimentos de medo e angústia. Por parte dos enfermeiros, estes revelam-se receosos de não estarem tão atualizados teoricamente como os professores, gerando para *Si* esses mesmos sentimentos.

Os autores defendem uma coexistência de professores e enfermeiros, num clima colaborativo, de diálogo aberto, de partilha de conhecimentos e experiências, respeito e aceitação das diferenças, numa relação autêntica de sensibilidade, intuição e empatia. Desta maneira, defendem que os professores podem ser motores de desenvolvimento não só dos estudantes, mas também dos próprios enfermeiros, beneficiando-se de forma idêntica e desenvolvendo-se neste processo, contribuindo esta parceria para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem.

Um estudo realizado no Reino Unido (Ramage, 2004), também, refere que, apesar de os professores de enfermagem considerarem importante a sua atuação e presença nos locais de estágios, denotam alguns fatores limitativos de ação por estarem a incluir-se num campo de ação de outro grupo profissional, o que os leva a sentirem-se vulneráveis. Os fatores limitativos que os obrigam à redefinição de papéis são: o facto de estarem menos familiarizados com as práticas de cuidados; a dificuldade de manter a imagem de competência e a exclusão ou indiferença por parte dos enfermeiros.

Os docentes de enfermagem conseguem ultrapassar estes aspetos menos positivos com a construção de um bom relacionamento com os enfermeiros, onde podem observar práticas não baseadas na evidência e substituí-las ou renová-las por práticas baseadas na evidência, confrontando o ideal da prática do cuidar dos professores com o que efetivamente fazem os enfermeiros e diminuindo de uma forma gradual esse fosso, através de espaços de negociação entre uns e outros. Esta negociação e influência sobre os outros consome energia e tempo aos intervenientes, mas é extremamente importante para as relações e profissões (*ibid.*).

Um estudo Australiano (Forbes, 2010) refere o uso de múltiplas estratégias utilizadas no ensino clínico para se conseguir desenvolver, nos estudantes de

enfermagem, mudanças efetivas nas práticas, e promover o desenvolvimento profissional dos professores e dos enfermeiros na sua interação, nos contextos da prática direta de cuidados.

Segundo Araújo (2005), esta relação em parceria permite: a atualização dos saberes dos professores, nos contextos da prestação de cuidados; uma atualização dos conhecimentos científicos pelos enfermeiros; a oportunidade destes atores/autores de conhecerem reciprocamente e optarem por estratégias de ensino geradoras de aprendizagens e criarem laços afetivos; a possibilidade de ultrapassar a dicotomia teoria-prática e a concretização de um clima relacional propício a aprendizagens de transformação dos seus conhecimentos, em todos os sujeitos intervenientes como professores, enfermeiros e estudantes de enfermagem.

Gonçalves (2013) refere que, na imagem idealizada de professor de enfermagem nos participantes do seu estudo, os professores concetualizam formas de articulação entre o contexto académico e o contexto da prestação direta de cuidados, através da:

criação de centros de inovação e desenvolvimento do ensino de Enfermagem, constituído por equipas de docentes e enfermeiros para qualificar a prática e a disciplina de Enfermagem, pretende-se evidenciar a inovação produzida na prática clínica de Enfermagem e envolver os enfermeiros em projetos de investigação apelando à resolução de problemas sentidos. (p. 214).

As Escolas de Enfermagem, de acordo com Araújo (2005), têm a função de ensinar e preparar o aluno para exercer a profissão de Enfermagem, considerando quer os saberes teóricos e os práticos, quer a sua inter-relação, mas também desempenha um papel essencial no seu desenvolvimento psicossocial e na socialização profissional.

Araújo (2005) refere que o estudante de enfermagem na formação inicial tem a possibilidade de interagir com o grupo profissional e realizar identificações e diferenciações com o grupo. Abreu (2001) refere que as identidades profissionais são sedimentadas no exercício profissional, nos contextos de trabalho, de forma prolongada e profunda, mas que “a matriz, a identidade profissional de base, é formada na escola, espaço importante na socialização dos enfermeiros” (p. 18).

Pereira e Lima (2013) refere que a formação dos enfermeiros ocorre em dois espaços, são eles a escola e locais de ensino clínico, envolvendo os vários atores com quem se desenrola a vida profissional, referindo a necessidade de desenvolvimento das capacidades cognitivas, técnicas e salientando as relacionais.

Carper (1978) reconheceu o carácter disciplinar da Enfermagem com a caracterização de quatro pilares de conhecimento: empírico, ético, estético e pessoal.

O conhecimento empírico é caracterizado como descritivo e factual, de onde surgem os Modelos e as Teorias da Ciência da Enfermagem; o conhecimento estético ou arte de Enfermagem é caracterizado com a inerência da subjetividade, da criatividade, da abstração e da singularidade do cuidar; o conhecimento pessoal quando diz respeito à autoconsciência, conhecimento baseado na experiência pessoal, adquirindo significância para o sujeito e o conhecimento que se baseia nos princípios éticos da investigação e da prestação de cuidados intitula-se de conhecimento ético (*ibid.*).

White (1995) acrescenta o conhecimento sociopolítico, caracterizado pela capacidade de interferir no coletivo, seja a comunidade, seja a própria sociedade, conhecendo e dando-se a conhecer a profissão à sociedade, construindo uma sociedade ativa e informada.

São estes os conhecimentos essenciais à consolidação e ao desenvolvimento da Enfermagem como saber disciplinar científico, que se querem projetados na prestação de cuidados.

A formação dos enfermeiros tem vindo a transformar-se, com vista ao desenvolvimento dos conhecimentos e saberes. A complexidade da formação dos enfermeiros exige mudanças estruturais de currículo, de ensino e de aprendizagem.

O Processo de Bolonha veio alterar o paradigma no ensino superior e em consequência disso, no ensino de Enfermagem, com a rutura de um ensino mais tradicionalista e a implementação e evolução de um ensino mais socioconstrutivista.

O plano curricular do Curso Superior de Enfermagem foi fortemente influenciado pela sua integração no Ensino Superior Politécnico, já que o ensino estava predominantemente orientado para a preparação de um exercício profissional imediato, conferindo-lhe características profissionalizantes.

Dominava, no momento da integração do ensino de Enfermagem ao Ensino Superior Politécnico, a lógica tradicionalista de aprendizagem, onde o professor era o único detentor de saberes universais, o aluno apenas era reconhecido como mero “recetáculo” e utilizava-se predominantemente o método transmissivo. Nesta perspetiva, predomina a ideia de que o conhecimento “é objetivo e por isso pode ser independente de todas as influências subjetivas, incluindo crenças e valores individuais e sociais, sendo independente também da história e ideologias presentes no seu contexto de desenvolvimento.” (Fernandes, 2000, p.100). O professor é percebido como um técnico que adota comportamentos e utiliza meios, tendo em vista um objetivo, ou seja, apenas a transmissão de conhecimentos e o papel do aluno é muito limitado, oferece-se

um “baixo grau de autonomia do aluno, o que significa poder (...) escolher as tarefas a realizar e/ou ter uma interpretação do seu desempenho” (*ibid.*, p. 93).

Com a Declaração de Bolonha, um novo paradigma surge no ensino de Enfermagem, considerando a autonomia do estudante “que pressupõe um novo modo de ensinar e um novo modo de aprender consigo, aprender com os outros e com o meio envolvente. Trata-se de conferir aos estudantes em formação o poder de intervir e de “formar-se”” (Pereira & Lima, 2013, p. 96), envolvendo o aluno na aprendizagem através do seu trabalho autónomo, cooperativo e reflexivo.

Com a intenção de conseguir a autonomia e a capacidade do aluno aprender a aprender, recorre-se a métodos reflexivos-críticos, que deem voz aos estudantes (Sousa, Lopes, Dotta & Pereira, 2014) e que promovam a atribuição de significado e sentido às aprendizagens.

Segundo Ribeiro (2003), as Escolas do Ensino Superior têm o dever de formar indivíduos “com uma formação sólida, que valorize a investigação e os seus resultados, que promova o interesse pela aprendizagem ao longo da vida, que valorize a cultura e a cooperação, que saiba fazer e pensar sobre o porquê e o como desse fazer” (p. 44).

Segundo Peters (2000), o ensino construtivista valoriza as influências socioculturais no processo de aprendizagem e apoia a construção nos conhecimentos/experiências prévias, em oposição com a preocupação exclusiva na transmissão dos conhecimentos como na educação formal tradicional.

Espera-se, pois que os enfermeiros desenvolvam competências que integrem a “capacidade reflexiva de ser, pensar-se criticamente e agir responsabilmente nos contextos reais de ação” (Sá-Chaves, 2003, p.43).

Alarcão (1996) evidencia a reflexão na ação e a reflexão sobre a ação como dispositivo de aprendizagem e desenvolvimento; estes conceitos distinguem-se quando a reflexão ocorre em simultâneo com a ação e retrospectivamente. Refere, neste caso, que a reflexão na ação ocorre quando se reflete “no decurso da ação, sem a interrompermos, embora com breves instantes de distanciamento, e reformularmos o que estamos a fazer enquanto estamos a realizá-lo” (p.16); ao passo que a reflexão sobre a ação sucede quando “reconstruimos mentalmente a ação para tentar analisá-la retrospectivamente” (p. 17) e a reflexão sobre a reflexão na ação permite ao ser reflexivo criar novas estratégias de atuação e conhecimento experiencial contextualizado com outros conhecimentos.

Cowan (2002) introduz outro processo, o da reflexão para ação, que se caracteriza por se recorrer a experiências prévias e por isso é “uma reflexão que estabelece

prioridades para o aprendizado posterior, identificando as necessidades, as aspirações e os objetivos que serão subseqüentemente mantidos em proeminência na mente dos aprendizes” (p.62).

Segundo o diagrama de Cowan (2002), a reflexão é prévia porque parte das experiências anteriores, evoluindo num esquema de predisposição para a reflexão, a dita reflexão para a ação, depois torna-se exploratória quando se integra a reflexão na ação, consolidando esta reflexão posteriormente com a reflexão sobre a ação; sendo estas reflexões enquadradas em ações futuras.

No entanto, não podemos esquecer que a reflexão não “é um fim em si; ela é um meio que permite aos sujeitos (...) visualizar novas formas de operar” (D’Espiney, 2003, p. 184), é um processo sempre inacabado, possibilitando o desenvolvimento pessoal e profissional necessários para fazer face aos desafios da profissão, devendo por isso ser estimulado no aluno/enfermeiro (Canário, 2003). Deste modo, pretende-se que a reflexão das experiências seja um meio de consolidação dessas experiências, um meio de reconceptualização de saberes e até um meio de construção de novos saberes.

Wilson (2014) introduz um novo conceito de reflexão, apoiado na fenomenologia de Heidegger, que defende a existência de padrões de significado que são expressos em códigos linguísticos próprios de uma disciplina, a Enfermagem, que permite articulação entre as práticas e os discursos. Estes códigos disciplinares carregados de significado são integrados, através das experiências num determinado contexto, com temporalidade, que são distintos dos contextos dos enfermeiros e de qualquer outro grupo profissional não enfermeiro. No entanto, a especificidade de cada contexto de trabalho do enfermeiro está carregada de riqueza e complexidade de experiências.

A fenomenologia de Heidegger foi adotada e aprofundada, após a popularidade do trabalho de Benner, que se apoiou nesta teoria interpretativa, que tem implicações, quer em estudantes de enfermagem, quer nos profissionais de enfermagem, no Reino Unido, com uso de *insights* ou intuições, apesar da crítica que este conceito levanta para o profissionalismo da profissão da Enfermagem. No entanto, esta teoria tenta explicar as relações que se estabelecem na prática dos cuidados de enfermagem, com a analogia à vivência no mundo (experiência) que se faz através de ações e de percepções (*ibid.*). Tal como Benner, também, esta teoria se apoia em Dreyfus, quando este defende que estamos sempre embrenhados e empenhados no nosso mundo, interpretando e lidando com as ações e preocupando-nos com os problemas (*ibid.*).

O ensino que desenvolva as competências de reflexão-crítica e transferência de conhecimento, permite que o estudante ou enfermeiro através da experiência profissional, evolua rapidamente de enfermeiro novato a perito (Peters, 2000).

Benner (2001) refere existirem 5 níveis de desenvolvimento nos enfermeiros: nível I – iniciado; nível II – iniciado avançado; nível III – competente; nível IV – proficiente; nível V – perito, os quais se passam a explicitar:

- O nível de iniciado corresponde aos estudantes de enfermagem e enfermeiros sem qualquer experiência profissional ou sem integração num serviço;
- No nível de iniciado avançado, os enfermeiros conseguem reconhecer os padrões que se repetem nas diversas experiências, mas têm dificuldade no estabelecimento de prioridades e não conseguem definir as singularidades das situações;
- No nível de competente, o enfermeiro exerce funções no mesmo serviço há dois ou três anos, consegue delinear um plano de prioridades e tem confiança para lidar com situações imprevistas;
- No nível de proficiente, o enfermeiro trabalha no mesmo contexto de cuidados há cinco anos e consegue ter uma visão mais abrangente da situação, focando-se não nas possibilidades, mas no problema e guiando-se por máximas;
- No nível de perito, o enfermeiro tem mais de cinco anos de trabalho num determinado domínio de cuidados e possui a capacidade de intuição que lhe permite afastar-se das regras de atuação, mas quando a situação ultrapassou a previsibilidade então reinicia o processo de resolução analítica.

A experiência referida por Benner (2001) não se limita aos anos de prestação de cuidados no serviço, mas este percurso experiencial aliado constantemente à capacidade crítico-reflexiva permite que as regras ou teorias passem para o nível do inconsciente, isto é, “com a experiência e o domínio, a competência transforma-se. E esta mudança leva a um melhoramento das atuações” (p. 63). A autora exprime a importância da orientação dos pares para o desenvolvimento profissional e, acrescenta-se, para a identificação profissional dos enfermeiros que reconhecem os outros como referências.

A intuição de Benner (2001) consegue-se com a reflexão, não precisando de se estar sempre em reflexão acerca de um processo rotineiro, e sim recorrendo a reflexões já realizadas (pré-reflexões) e introduzi-las na prática, com espaço para outras reflexões,

mas deixando sempre espaço para a (re)reflexão desse processo rotineiro quando se distancia dos padrões.

Wilson (2014) refere que o aprofundamento da teoria de Heidegger possibilita, através dos discursos das práticas com entrevistas narrativas, aceder a percepções de momento, permitindo a introspeção e o questionamento das intervenções de enfermagem realizadas e conseguindo a objetivação das percepções através dos discursos, evoluindo no nível de significação e conhecimento.

Através do discurso acerca das práticas experienciadas acede-se às práticas, aos sentimentos e pensamentos partilhados e (re)construídos durante este processo, que nos permite atribuir significado e desenvolver outros significados num processo de retroalimentação (*ibid.*). A reflexão torna-se um instrumento importante de aprendizagem e formação de estudantes de enfermagem e enfermeiros prestadores de cuidados (*ibid.*).

### **Formação Contínua**

A aquisição e desenvolvimento de competências reflexivas são indispensáveis na aprendizagem da profissão, mais preponderantemente durante o ensino clínico, e no trajeto profissional.

De acordo com Lopes, A. (2001), mesmo nas formas mais rotinizadas de trabalho há sempre lugar à imprevisibilidade que exige a articulação de diversos recursos cognitivos, sejam eles formais ou informais – isto é, adquiridos na formação inicial ou nos contextos de trabalho. É nesta aquisição refletida que se faz nas situações ao longo do trajeto profissional, que se desenvolve a “intuição” a que se refere Benner (2001).

Esta intuição da qual fala Benner (2001), a criatividade a que se refere Collière (2003) e a astúcia referida por Dejours, citado *in* Matos (1999) têm uma certa semelhança entre si, é esta particularidade que potencia a inovação e a criação de sentido para os atos dos profissionais de enfermagem. Este conceito emerge da prática profissional dos enfermeiros associado aos conceitos da temporalidade e da reflexividade.

Porém, segundo Matos (1999), a taylorização tão presente nas instituições de saúde ao privilegiar a eficácia da produção, oculta esta inteligência prática. Esta competência de inovar no mais pequeno gesto, de não cumprir apenas o prescrito, mas ser capaz de atingir ao máximo os objetivos de uma forma singular, é esbatida num modelo em que apenas interessa o que é visível, o que pode ser medido.

O esbatimento da experiência pessoal e profissional pode ter os seus riscos e conduzir aos sentimentos de “mal-estar, o sentimento de inutilidade, a perda de sentido e

o anonimato, que acompanham a rotina, ou a ambivalência justificacionista do individualismo pragmático.” (*ibid.*, p. 59).

Efetivamente, as instituições conseguem indivíduos mais autênticos, seguros e inovadores se valorizarem a sua competência experiencial reflexiva, capaz de dar sentido aos atos aparentemente rígidos e rotineiros, mas sempre com margens de liberdade para a reflexão e inovação permanentes.

As instituições e seus representantes valorizando esta “inteligência prática”, estarão a desenvolver um espírito inovador e crítico dos seus membros, capazes de criatividade nos diversos contextos e situações em que se inserem e com os quais se deparam.

O enfermeiro que tenha condições para desenvolver este espírito criativo, pode ser um motor de desenvolvimento da instituição e de outros atores que com ele encenam a vida profissional.

A formação tem que ser recriada se se quiser formar profissionais autónomos e implicados; Canário (2003) refere que a ação transformadora não se deve centrar em ações de formação pontuais, sem interligação, “supõe, precisamente, uma justaposição, no tempo, no espaço e nos atores, entre a formação e a mudança, como condição para ajudar a produzir mudanças profundas «técnicas e humanas, em simultâneo, e integradas nos problemas de evolução da instituição»” (p.133).

A formação tem necessariamente de deixar de ser vista numa lógica tradicionalista de aprendizagem, onde o professor/formador é o único detentor de um saber universal, enquanto que o aluno/formando apenas é reconhecido como um mero “recetáculo”, utilizando-se predominantemente o método transmissivo.

Estas conceções de aprendizagem inscrevem-se, segundo Canário (2003), numa raiz positivista, onde se considera a prática como uma mera aplicação da teoria. No entanto, os problemas surgem no exercício profissional, ao nos depararmos com “situações que, (...) constituem verdadeiras novidades” (Alarcão, 1996, p.15). Para se colmatarem estas e outras dificuldades, aposta-se na formação contínua e em serviço, tenta-se contextualizar a formação em serviço, ao realizar-se esta formação no serviço e havendo na legislação horas destinadas dentro do horário de trabalho para as frequentar. Apesar do carácter inovador destas medidas, a maior parte das vezes a legislação não se cumpre e não se faz mais do que transpor as salas de aulas para dentro dos serviços (Fernandes, 2007) .

Segundo Matos (1999a), a racionalidade da formação nas instituições é visível quando se baseia em necessidades de formação burocraticamente definidas e

provavelmente rodeadas de insucesso, porque não considera a incorporação da formação pelo sujeito no seu percurso formativo.

Submeter a formação a uma lógica de “racionalidade técnica” é inscrever “na procura de uma autenticidade e de uma eficácia míticas que produzem um fechamento «incontrolado» do campo da formação sobre si próprio, incompatível com a sua desejável inserção analítica e praxeológica nos fenómenos sociais mais amplos de que elas são apenas a versão mais caricaturada” (Correia, 1998, p.13). Predomina a mesma conceção “consumista” e instrumental do conhecimento, a formação é então “concebida segundo uma lógica predominantemente escolarizada, a formação contínua dos enfermeiros tem sistematicamente desvalorizado a prática destes profissionais.” (D’Espiney, 2003, p. 172).

Num estudo realizado por Costa (2008), os enfermeiros percecionaram como contextos formativos os seus próprios contextos de trabalho e valorizaram a formação informal e não formal, tal como as aprendizagens decorrentes da prestação de cuidados. Ora, apesar da valorização da aprendizagem baseada na reflexão-ação e na partilha de experiências e conhecimentos, quando colocam em prática a avaliação, fazem-no de modo muito escolarizado o que reflete a forma transmissiva da aprendizagem.

Na formação contínua, o formador deverá privilegiar a reflexão-ação, para conseguir ultrapassar as rotinas rígidas e as representações deturpadas da realidade, uma vez que de acordo com Bento (2001) se pretende dos enfermeiros a capacidade de conceção, execução e avaliação de cuidados, para que eles saibam resolver problemas. Assim, considera-se de extrema importância a mudança de paradigma, situando-nos no paradigma interpretativo, onde a teoria informa a prática e a prática informa a teoria.

Tendo a Enfermagem uma importante componente prática, valorizam-se as experiências dos formandos, visto que ao trabalhar sobre a experiência adquirida, não se desorganizam essas experiências, mas em alguns casos complementam-se essas práticas, conseguindo que os formandos sejam capazes de construir um sentido. O reconhecimento das representações é igualmente importante neste processo, pois as informações são armazenadas no cérebro com um mesclado de sentimentos, emoções e representações; por conseguinte, há que confrontar representações e refletir sobre pontos de vista e possivelmente reconstruí-las, não caindo no erro de “meter o novo no velho”. Porque apesar de se tratar do mesmo grupo profissional, os formandos têm representações diferentes e conseqüentemente perceções das situações de forma individualizada.

## **Identidade Profissional dos Professores de Enfermagem**

Segundo Figueiredo (2013), as mudanças ocorridas a nível político e social, as mudanças da profissão de Enfermagem (história de Enfermagem), as mudanças ao nível do ensino de Enfermagem (história do ensino de Enfermagem), a progressão na carreira e suas exigências, a evolução das metodologias de ensino e recentemente, a entrada do ensino de Enfermagem no Ensino Superior e no sistema de Bolonha desencadearam reconfigurações identitárias, baseadas em transações biográficas e relacionais/sociais, nos professores de enfermagem sobre as quais a autora se debruçou na sua tese de Doutoramento.

Ao nível das conceções da profissão do docente de enfermagem, destaca-se o saber disciplinar, com o reconhecimento da Enfermagem como disciplina científica, que se desenvolve através de um saber construído, da sua atualização constante e na proliferação da investigação científica. Nesta conceção, revela-se uma academização do docente com dificuldade na aproximação entre a teoria e a prática (Figueiredo, 2013).

Para além disso, a didática dos modos de ensinar é caracterizada pelo Modelo Tradicional Transmissivo do conhecimento em que o professor é o único detentor de conhecimentos. No entanto, nesta visão, o professor encontra-se num processo de transição entre os modelos tradicionais e as novas exigências com a entrada deste ensino no processo de Bolonha.

Nesse mesmo estudo, também, surgiu de forma residual a conceção de professor, em que a identidade docente se encontra estruturada na dualidade identitária entre o enfermeiro e o professor. As identidades do sujeito que ensina situam-se numa ambivalência entre ser enfermeiro e professor, justificada pela manutenção da sua identidade herdada de enfermeiro e a inclusão da identidade visada de professor. Outros autores estudaram esta faceta dualitária da identidade (Mestrinho, 2011; Pedro, 2011, Lopes, Mouraz, Pereira & Sousa, 2013; Marta, Lopes, Pereira, & Leite, 2014).

Mestrinho (2011) refere que a metodologia de ensino tradicional transmissivo se encontra em transição para outros paradigmas. A dualidade identitária professor/enfermeiro é visionada como ambígua e geradora de dificuldades entre ser enfermeiro e ser professor, devido à dificuldade de dissociação destas duas identidades na docência de enfermagem. Por este motivo, esta dualidade de ter sido enfermeiro e ser professor é perspectivada como uma fase de transição para novas reconfigurações identitárias da docência de enfermagem.

Pedro (2011) refere-se à dualidade identitária dos docentes de enfermagem, isto é, sentem-se como enfermeiros, mas exercem a função de docente, função que impõe outras competências não exigidas ao enfermeiro. Esta dualidade reconhecida pelos participantes do estudo justifica-se pela necessidade de “vestirem a roupagem” daqueles a quem formam – os enfermeiros e à necessidade de articulação do contexto acadêmico e do contexto de prestação direta de cuidados ou articulação entre a teoria e a prática.

Figueiredo (2013) refere essa dualidade identitária residual, no seu estudo, e reconhece novas reconfigurações identitárias emergentes, apresentadas de seguida de uma forma resumida, e num grau crescente de predominância encontrada nos participantes do estudo: os missionários, caracterizados pelo espírito de missão; os conservadores, caracterizados pela dificuldade de ultrapassar a lógica transmissiva do ensino; e os visionários, caracterizados pela academização dos professores no reconhecimento e construção da disciplina de Enfermagem como ciência.

Outros estudos (Marta et al., 2014; Gonçalves, 2013; Lopes et al., 2013) revelam que a forma identitária dualitária professor/enfermeiro ainda se encontra presente no panorama da docência em enfermagem.

Gonçalves (2013), acerca desta dualidade identitária, refere que os entrevistados do seu estudo apresentam uma ancoragem identitária profissional ao nível do enfermeiro e ao nível do professor, com uma perspetiva evolutiva do primeiro em relação ao segundo, mas de complementaridade. A autora refere que os professores participantes evidenciam formas de suprir a carência da articulação da teoria com a prática na sua atividade, com propostas de superação, como mencionadas anteriormente, quando se refere na aproximação do trabalho dos docentes de enfermagem e do trabalho dos enfermeiros.

Marta et al. (2014) referem que os professores, ao definirem a sua identidade profissional reconhecem possuir a função de formadores e continuam a sentir-se como enfermeiros. Neste estudo, os professores enfatizam a necessidade de formação para exercerem o cargo de formadores e a importância que a prática deve ocupar nessa função. No ensino, evidenciam os conhecimentos científicos e as questões éticas como centrais, com destaque para as competências das relações humanas, do cuidar na profissão e do trabalho de equipa. Os tutores do ensino clínico referem que se formam com os estudantes, com a interação com os professores, num clima colaborativo, de boas relações interpessoais e partilha de ideias e experiências. Estes tutores reconhecem-se como conhecedores dos contextos clínicos e assumem-se como construtores dos saberes práticos profissionais.

Quanto às suas qualidades, estes formadores distinguem-se: pela importância na relação na atividade formativa de uma forma intimista e humana; pela responsabilidade e articulação com a teoria e a prática que se consegue seja com a experiência, seja com a competência; pelo foco da relação do cuidar e promoção do espírito crítico e interdisciplinaridade. Quanto aos fatores inibidores da atividade formativa foram identificados a instabilidade e o excesso de utopia (Marta, et al., 2014).

Segundo Marta et al. (2014); Boyd e Lawley (2009); Andrew e Robb (2011), os professores de enfermagem apresentam duas identidades profissionais em simultâneo, como sendo os docentes do ensino superior e os enfermeiros. Estes profissionais transferem conhecimentos da sua atividade anterior, a de enfermeiro e realizam um maior investimento na docência no ensino superior. A partir daí, a identidade de enfermeiros convive com a identidade de docente do ensino superior na mesma pessoa, não só pela transação biográfica, como também pela transação relacional que constroem com os estudantes e o ensino que praticam (Marta, et al. 2014).

Lopes et al. (2013) referem que os formadores enfermeiros se definem como enfermeiros e formadores, com identidades duais: “identidades duais em dissonância no caso de formadores seniores do campo da formação; identidades duais em ressonância no caso de formadores mais novos no campo da formação; identidades duais por compromisso, no caso de formadores não enfermeiros do campo da formação; e identidades duais com ênfase na prática, no caso de formadores no campo da prática (tutores)” (p. 131).

### **O Professor/Formador de Enfermagem como Líder**

Os professores de enfermagem, ao exercerem a dualidade identitária, sentem-se extremamente envolvidos com a profissão que formam (Marta et al., 2014), podendo os docentes de enfermagem ser agentes de mudança das práticas de enfermagem.

Adelman-Mullally et al. (2013) veem os professores de enfermagem como líderes, pois tem-se a expectativa de que sejam agentes de mudança, nos contextos da prestação de cuidados, através das suas capacidades de liderança, durante a formação dos enfermeiros e pelas parcerias com enfermeiros peritos que exercem funções nos complexos ambientes de cuidados.

Os professores de enfermagem para serem líderes nos contextos da prática clínica têm que estar conscientes do seu papel de referência ou modelo. Segundo Adelman-Mullally et al. (2013), são muitas as oportunidades que os professores têm para serem

referências, tais como no ensino de responsabilidades profissionais; na forma de interagir com os utentes, os enfermeiros ou os outros grupos profissionais; nos comportamentos éticos e de afirmação, entre outros.

Correia (2012) refere que “os professores procuram, quando possível, demonstrar o cuidar sendo modelos, procurando que haja sintonia entre o que exigem ao estudante e o que demonstram na prática. Esta preocupação também está presente nos tutores.” (p. 227).

Adelman-Mullally et al. (2013) referem que o facto de os professores trabalharem em equipa durante o acompanhamento dos alunos em estágio permite a partilha de saberes e experiências, quer com os alunos, quer com os profissionais de enfermagem, promovendo mudanças.

Sousa e Lopes (2014) referem que é importante, para a construção das identidades profissionais, a articulação entre as “comunidades de aprendizagem” num ambiente relacional colaborativo e as “comunidades de prática” em que as “experiências práticas são compartilhadas, onde as atividades de pesquisa realizadas têm como fim a melhoria da prática” (p. 3585). As mesmas autoras, também, salientam o facto de as identidades profissionais dos enfermeiros estarem a evoluir dentro de “comunidades de referência” que são “espaços de colaboração e reflexão entre os colegas, pacientes, cuidadores e outros profissionais e que cada vez mais contam com a contribuição dos estudantes.” (p. 3585).

As formas como os professores de enfermagem podem exercer liderança são inúmeras, Adelman-Mullally et al. (2013) referem algumas: (i) Ser referência, pode ser conseguido com o envolvimento nas decisões dos serviços e instituições e durante o processo de cuidar expressar os seus pensamentos em voz alta para os alunos perceberem o processo de decisão; (ii) Inspirar uma visão partilhada da profissão de enfermagem, centrando o aluno numa forma abrangente de exercer a profissão e não o focando, apenas, em atividades a desempenhar - deseja-se que os alunos não só explorem as realidades presentes nos cuidados como perspetivem formas de melhorar o sistema para ficarem próximos desta visão de Enfermagem partilhada e desejada, a ideal. Esta forma baseia-se da liderança transformacional; (iii) Apoiar os estudantes no processo de aprendizagem ao planear e definir prioridades, realizar julgamentos, praticar habilidades de liderança nos problemas de saúde em conjunto com os enfermeiros, desenvolve tanto os alunos, como os contextos da prática profissional; (iv) Auxiliar os estudantes a inovar, fazendo com que os alunos identifiquem e superem as práticas ultrapassadas e sejam capazes de correr

riscos, dando passos lentamente de forma sustentada, criando um ambiente propício à renovação e inovação das práticas que desafiam o “*status quo*” na prática clínica e acadêmica de Enfermagem; (v) Influenciar diretamente a prática direta dos cuidados ao partilhar a nova evidência na prática clínica, nas teorias e criar consensos e percepções que a prática de Enfermagem se enriquece com a experiência e o conhecimento acadêmico; (vi) Criar relacionamentos baseados na confiança, motivando e inspirando os estudantes a aprender e a pensar/refletir. Com este ambiente de aprendizagem, acede-se a um aumento de autonomia e capacitam-se os alunos para o desenvolvimento do pensamento crítico, do conhecimento, da autoformação/aprendizagem ao longo da vida, do uso da intuição e logo do seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Estas formas de liderança, que os professores de enfermagem podem exercer, são segundo os autores acima referidos, lideranças informais. Não obstante, explicitam que estas lideranças podem ser mais formalizadas se inseridas num projeto de parceria ente Escolas de Enfermagem e Instituições de Saúde, abordando o desenvolvimento de atitudes de liderança de ambos os contextos, o acadêmico e o clínico, em que se auxiliam mutuamente nos seus crescimentos pessoal e profissional, assim como na valorização da sua identidade profissional.

Abreu (2001) refere que o futuro passa pela articulação entre os profissionais de enfermagem e os professores de enfermagem, em que “os profissionais do exercício estejam mais próximos dos desenvolvimentos teóricos e que os docentes se envolvam de forma mais acentuada nas realidades assistenciais (prestação de cuidados no decurso da formação de alunos, colaboração na formação ou participação em projetos de investigação centrados nos contextos assistenciais).” (p. 306), com o consequente aumento da recursividade entre a teoria e a prática.

Garrido et al. (2008) evidenciam a necessidade de parcerias entre docente de enfermagem e enfermeiro/tutor no ensino de Enfermagem, explicitando que ambos possuem saberes que são fundamentais à formação do futuro enfermeiro.

Os mesmos autores referem que o ensino clínico é importante na socialização dos estudantes de enfermagem e que os tutores da supervisão clínica têm um papel fundamental nesse processo, sendo também os enfermeiros do exercício referências profissionais para os futuros enfermeiros.

Abreu (2007) refere que a representação da identidade profissional dos enfermeiros depende “da forma como estes se avaliam a si próprios, mas também como sabem que os

*Outros* (médicos, utentes, outros profissionais, sociedade) os veem e sentem que gerem as competências e o poder no meio profissional” (p. 66).

### 3.3. Influências intergrupais

Segundo McNamara et al. (2011), a identidade profissional está ligada ao trabalho, dependendo da quantidade dos diversos recursos com que se constrói e define a identidade, como as relações, as práticas e o desenvolvimento profissional.

As relações entre os grupos profissionais são mais complexas, conforme a necessidade de uma maior interação e quanto maior for a sua dependência mútua (Kvarnström, 2008).

Lingard, Reznick, DeVito e Espin (2002) referem que o contacto com os contextos de trabalho, nomeadamente, as comunicações verbais e não verbais que se estabelecem entre os grupos profissionais, adquirem significância na socialização profissional dos grupos. Os conflitos são maiores, quando se ultrapassam as barreiras profissionais de outro grupo (Kvarnström, 2008) e, neste caso, se não estiver bem especificado o papel de cada grupo profissional, corre-se no risco de criar confusões de papéis e resultar na perda de sentido e insegurança (Baxter & Brumfitt, 2008).

Uma identidade bem definida permite a integração das contribuições de todos os elementos de enfermagem na equipa multidisciplinar, distinguindo as fronteiras do seu desempenho no contexto interdisciplinar, (McNamara et al., 2011). Al Sayah, Szafran, Robertson, Bell e Williams, (2014) também referem a importância da clara definição do papel e responsabilidade profissional de cada elemento destes grupos, para o bom funcionamento do trabalho da equipa interdisciplinar.

McNamara et al. (2011) referem que uma disciplina científica se constrói, através da clara definição do seu objeto de estudo que deve estar em concordância com o discurso dos seus profissionais para o desenvolvimento dessa identidade. Salientando que, se os enfermeiros não tiverem sua identidade profissional bem esclarecida, sabendo definir fronteiras na sua identidade, torna-se particularmente difícil representar e agir profissionalmente e muito menos exercer liderança, em ambientes de trabalho interdisciplinares.

Os profissionais de enfermagem na prestação de cuidados são considerados, por McNamara et al. (2011), como a massa crítica, que se tiver os recursos necessários pode

determinar e fortalecer a identidade profissional de enfermagem, permitindo-lhes exercer liderança, melhorar a prática, trabalhar de forma interdisciplinar e auxiliar no desenvolvimento de alunos e dos seus pares.

Os mesmos autores alertam que, se não existir uma ancoragem profissional definida e a distinção da sua contribuição na equipa multidisciplinar, a missão de enfermagem pode ficar subordinada a outros interesses. Assim sendo, um discurso claro acerca da identidade profissional e com a definição de fronteiras disciplinares, é imprescindível para a distinção de uma visão organizacional e social de uma profissão que é muitas vezes considerada flexível, que não tem um campo de atuação próprio e que pode preencher lacunas quer organizacionais, quer de outros profissionais, circunscrita a tarefas técnicas e administrativas.

McNamara et al. (2011) afirmam que os enfermeiros são muitas vezes distraídos do seu campo de ação nessas *estratégias compensatórias*, com o intuito de continuar a compensar os défices das organizações e dos processos de um sistema de saúde, permitindo, deste modo, a perpetuação do predomínio do poder de outras áreas do saber como a medicina e a gestão.

Uma equipa de saúde multidisciplinar possui variados grupos profissionais que convivem em relações laborais, e os enfermeiros cruzam-se com inúmeras e possíveis influências no seu quotidiano. De maneira que, a profissão médica encontra-se com probabilidade maior de os influenciar, não só devido ao passado de um poder médico bastante enraizado na história da profissão de Enfermagem, mas também pelas margens cinzentas de trabalho aquando do trabalho interdependente entre estes profissionais

Pullon (2008) explicita que os enfermeiros, tal como os médicos, referiram que é importante ter competências em lidar com o imprevisível e que o contexto de trabalho é exigente, sendo estes aspetos ultrapassados com o reconhecimento das suas limitações e o estabelecimento de parcerias entre estes dois grupos profissionais.

Nessa pesquisa de Pullon (2008), a competência, o respeito e a confiança foram considerados os pilares do trabalho de equipa intra e interdisciplinar. Deste modo, cada grupo profissional espera que os profissionais da equipa sejam competentes na sua área profissional, num ambiente de respeito e confiança interprofissional.

Segundo os autores, a confiança no *Outro* pode ser definida de duas formas: a forma como se percebe o *Outro* como confiável e previsível nos comportamentos e a confiança que se desenvolve com a partilha de ideias e valores. Nas relações entre

enfermeiros e médicos, existem estas duas formas de confiança e, por vezes, em simultâneo (*ibid.*).

O respeito mútuo exige não só que se respeitem as competências de outro grupo profissional, reconhecendo e fortalecendo em conjunto as suas distintas competências, mas também que cada grupo profissional confie e respeite as suas próprias competências. Assim, quando conhecem e reconhecem as competências dos outros, estes grupos profissionais trabalham em conjunto com o objetivo comum de trabalharem para o utente (*ibid.*).

O trabalho de equipa interdisciplinar, associado a uma maior autonomia profissional de Enfermagem, respeitando as fronteiras de cada grupo, traz importantes contributos ao utente (Papathanassoglou et al., 2012). Igualmente Poghosyan, Boyd e Knutson (2014) elucidam que equipas interdisciplinares com bons relacionamentos profissionais têm uma propensão maior para prestar melhores serviços.

Baxter e Brumfitt (2008) referem que, numa equipa interdisciplinar, é necessário respeito pelas competências, identidades e responsabilidades profissionais entre os grupos, não descurando a partilha de interesses e qualidades dentro da equipa.

Voyer e Reader (2013) referem que a autoimagem independente ou interdependente interfere com o trabalho multidisciplinar, e que no estudo realizado por eles, existe uma relação com o género e a independência, com níveis superiores de independência do sexo masculino em relação ao feminino. Apesar dessas diferenças sociais de género, nos profissionais médicos, verificou-se um domínio da autoimagem independente, já para os profissionais enfermeiros não se verificou dominância para nenhuma das autoimagens.

Segundo os autores, a dominância de autoimagem independente pelos médicos está relacionada com a dificuldade em trabalhar numa equipa multidisciplinar e com tomadas de decisão individuais, que se justificam com o risco de maus diagnósticos, mas esse pouco reconhecimento da interdependência da equipa pode repercutir-se em dificuldades de comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar, com conflitos e com aumento de erros médicos e tomadas de decisão individuais menos eficientes (*ibid.*).

A ausência de dominância nas autoimagens nos enfermeiros é justificada, quer com a autoimagem independente pelo trabalho dos enfermeiros próximo e prolongado, junto do utente e por isso com tomadas de decisão autónomas, quer com a autoimagem interdependente da própria natureza do seu trabalho em cuidar de pessoas dependentes que criam contextos de desenvolvimento de interdependência. Deste modo, reveem o seu trabalho numa forma colaborativa e interdependente na partilha de conhecimentos e

*insights* imprescindíveis a um trabalho de equipa que se centra na pessoa e não no profissional, com benefícios de um aumento da qualidade de cuidados prestados pela equipa multidisciplinar (*ibid.*).

Os mesmos autores referem que se deve intervir na formação e na socialização dos profissionais, nomeadamente em áreas de trabalho de equipa e de reconhecimento da interdependência do trabalho na saúde, tendo as estruturas hierárquicas, o poder e a identidade profissional uma forte influência no trabalho colaborativo multidisciplinar.

Kvarnström (2008) refere que é necessário os profissionais de saúde que trabalham numa equipa conseguirem o equilíbrio entre a profissão (disciplinar) e a equipa (interdisciplinar), alcançado através da abertura e da comunicação que permitem uma aprendizagem colaborativa e o desenvolvimento profissional nas interações entre os diferentes profissionais.

O trabalho interdisciplinar faz alusão a um trabalho conjunto entre grupos profissionais disciplinarmente distintos, que fazem a diferença com contribuições complementares centradas no utente (Al Sayah et al., 2014).

O'Neill e Cowman, (2008) também definem que num trabalho multidisciplinar se trabalha separadamente e existe pouca comunicação entre as disciplinas profissionais, contudo, um trabalho interdisciplinar requer interações colaborativas e negociação entre os membros. Um dos indicadores apontados para o bom relacionamento funcional das equipas foi a capacidade de se divertirem, socializarem e rirem uns com os outros (Pullon, 2008).

As identidades profissionais constroem-se nas interações com outros profissionais no local de trabalho, surgindo neste palco, situações e momentos de identificação e de diferenciação profissional (Lingard et al., 2002).

Deste modo, estas identificações e diferenciações dos enfermeiros ocorrem ora dentro do seu grupo profissional, constituído por enfermeiros-chefes, professores e enfermeiros prestadores de cuidados, ora com outros grupos profissionais, como sendo os médicos, outros profissionais de saúde licenciados e outros profissionais de saúde que são elementos da equipa de saúde.

## Síntese

As novas Teorias de Liderança não cingem a liderança a um único líder, nomeadamente ao líder formal, mas considerando que todos os níveis da hierarquia profissional podem possuir e desenvolver liderança nos mais variados contextos profissionais, surgindo, então, a figura do líder informal.

As influências profissionais dos enfermeiros são múltiplas com a diversidade de figuras intra e intergrupais influenciando a identidade profissional destes profissionais, elaboraram-se capítulos dessas possíveis lideranças ou apenas influências que ocorrem na (re)construção identitária, quer no percurso académico, quer no percurso profissional como enfermeiro. Ogilvie (2012) indica que as interações sociais com os outros são centrais na manutenção das identidades existentes e no desenvolvimento de novas identidades, através dos conflitos, ansiedades e tensões que impelem o indivíduo a empenhar-se ou envolver-se na sua identidade profissional.

Em Portugal, o conceito de liderança foi estudado tendo em conta as teorias tradicionais de líder e liderado, constatando a importância do líder formal para a identidade e desenvolvimento profissional dos enfermeiros, apenas se encontraram pesquisas com alguns traços subtis da consideração da liderança informal, não sendo, no entanto, o objeto de estudo das investigações efetuadas.

O enquadramento teórico permitiu revelar a liderança informal e atribuir um lugar ao líder informal na criatividade e inovação profissional, sendo esta liderança informal reconhecida em pesquisas internacionais como essencial para a evolução das práticas de enfermagem e para a (re)construção identitária. Este processo de liderança pode ter mais impacto se se juntarem as sinergias destes líderes informais com as dos líderes formais da profissão.

Para além da figura do enfermeiro-chefe também se destacam, como detentores de liderança formal, os professores de enfermagem sobre os estudantes da formação académica inicial e pós-graduada, tal como os formadores na formação contínua. Assim, desenvolve-se um percurso evolutivo da formação em enfermagem, admitindo as fragilidades e as potencialidades no ensino dos enfermeiros. Ainda se identificaram as mudanças identitárias profissionais dos professores de enfermagem que enquadram as diversas interações entre professores e estudantes ou professores e enfermeiros, atribuindo um papel aos professores de enfermagem como potencializador de identidades

de liderança nos estudantes, futuros profissionais e na parceria com os líderes informais nos contextos de trabalho.

Na verdade, as influências intergrupais são notórias e importantes em trabalho de grupo, numa equipa de saúde, onde os diversos elementos da equipa se influenciam mutuamente, podendo os enfermeiros exercer liderança também nesse contexto, reconhecendo-se como profissional capaz de contribuir para o resultado desse trabalho interdisciplinar. Outros profissionais de saúde estão relacionados com este processo, mas com um maior destaque nas influências intergrupos para a possível influência de forma predominante da profissão médica, conseguida pela influência da história profissional e pelas margens cinzentas que o trabalho interdependente de enfermagem possui.

Lopes (2013) refere que a identidade profissional se desenrola num processo que se desenvolve na afirmação, na autonomização e no reconhecimento social, reconhecimento este que, antes de ser reconhecido pelo exterior, necessita de o ser pelo interior da profissão e seus profissionais. Neste ponto de vista, Lopes (2013) apela “à criatividade do eu e à reflexão de si a si” (p.1), a nível individual e ao nível de equipa, referindo a importância do outro próximo na figura de supervisor, tutor, companheiro de trabalho, em que se desafiam cognitivamente e funcionam como suporte afetivo nas suas interações quotidianas. Ao nível organizacional, a autora alerta para a coexistência, quer de complementaridade, quer de competitividade entre grupos diferentes; esta competitividade com “origem na procura de reconhecimento pessoal ameaçado, tende a manter hegemônicos os grupos que já o são.” (p. 1). Ao nível societal, a autora explica a relevância de um discurso que desenvolva não só “novas representações sociais da profissão, mas também da saúde, da doença, dos locais de trabalho e dos profissionais, estruturando novas disposições e *habitus*, identificações e atribuições.” (*ibid.*, p. 1).

Considera-se, pois, que ocorrem identificações e diferenciações profissionais nos contextos formativos e profissionais dos enfermeiros, que podem exercer influências de variadas formas, conseguindo por vezes situar-se ao nível da liderança formal e/ou informal, pretendendo-se identificar essas influências em forma de liderança nos ambientes formativos e profissionais que interferem na sua identidade profissional.



---

### **III. Metodologia**



## 1. Opções metodológicas

A opção por uma determinada metodologia revela a perspetiva científica dos autores, o seu posicionamento perante a ciência e a própria essência do trabalho desenvolvido. O mesmo objeto empírico pode ser estudado de múltiplas perspetivas, dependendo das opções epistemológicas, teóricas e metodológicas do investigador e do que se pretende com a investigação.

A complexidade da problemática que se pretende estudar – *A influência das lideranças na identidade profissional de enfermeiros*, associada a uma tentativa de compreender como este processo interfere na construção da identidade profissional, requer uma abordagem sobretudo interpretativa e compreensiva deste fenómeno.

De facto, privilegia-se a abordagem compreensiva e interpretativa como fio condutor deste novo emaranhado que são as lideranças em enfermagem. Espera-se conhecer o sentido que estas lideranças têm na vida profissional dos enfermeiros, através de uma pesquisa de cariz qualitativa ao analisar o estudo da fundamentação teórica e a análise dos dados recolhidos, para deste modo conseguir compreender e contextualizar o fenómeno abordado.

A natureza quantitativa desta pesquisa inscreve-se no tratamento quantitativo de alguns dados, os dados sociodemográficos e alguns dados da primeira parte do inventário da identidade social de Zavalloni e Louis-Guérin (1984) adaptado por Lopes et al. (2011) no âmbito do projeto FIPAIF - Formação Inicial de Profissionais de Ajuda e Identidades dos Formadores, financiado pela FCT/FEDER/COMPETE – para conhecer quantas vezes se repete determinado conceito e ou expressão e como os participantes o/a valorizam, e, seguidamente, contextualizado com outros dados tratados de forma qualitativa. Desta forma, pretendeu-se utilizar como procedimento de investigação, a triangulação, para confirmar dados e complementar o tratamento e análise dos dados. Existe a noção da dificuldade em conhecer os fenómenos de uma forma holística, pois nem sempre se conseguem abordar os diferentes ângulos de um fenómeno, mas pensa-se que com a triangulação no tratamento de dados, se fica a conhecer o fenómeno de uma forma mais contextualizada.

Procurou seguir-se com interesse e rigor esta análise da problemática – *A influência das lideranças na identidade profissional de enfermeiros*. Para o efeito este estudo efetuou-se em duas fases, a primeira fase do estudo inclui a recolha, o tratamento e a análise dos dados da totalidade dos inventários (102 participantes) e considera-se a segunda fase deste estudo na análise e tratamento dos dados de 19 inventários e dos dados do método de contextualização representacional e técnica de análise de rede associativa, tal como uma sùmula de questões aos 19 participantes em forma de entrevista estruturada quando julgado necessário.

### 1.1. Questão de partida e objetivos

A questão de partida de uma investigação “tenta exprimir mais exatamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação.” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 44).

Neste sentido, delinea-se a questão central deste trabalho: **Qual a influência das lideranças na (re)construção da identidade profissional de enfermeiros?**

Através desta questão central, traçam-se objetivos específicos que se pretendem atingir. Torna-se fundamental estudar a relação da identidade com o trabalho, a identidade profissional dos enfermeiros e compreender a influência das lideranças nessa identidade. Para isso, a questão central deste trabalho desdobra-se nos seguintes objetivos:

- Identificar as pessoas e as situações profissionais que exerceram influência e/ou liderança sobre os enfermeiros nos seus percursos académico e profissional e quais as suas características;
- Identificar as pessoas e as situações profissionais que influenciaram a identidade dos enfermeiros;
- Conhecer a perceção dos enfermeiros acerca da influência dos líderes formais (enfermeiros-chefes e professores de enfermagem), líderes informais (seus pares) e dos outros grupos profissionais;
- Analisar os elementos constituintes da identidade individual e coletiva dos enfermeiros (identificações/diferenciações, afetividades e valorizações);

- Entender os processos de construção e reconstrução da identidade profissional dos enfermeiros;
- Conhecer as configurações identitárias presentes nos enfermeiros;
- Entender o processo de influência das lideranças na (re)construção das identidades profissionais dos enfermeiros, com o intuito de perspetivar os contributos da liderança para o desenvolvimento profissional.

## 1.2. Amostra

O método de amostragem utilizado é o da amostragem não probabilística por redes ou «bola de neve», para responder aos objetivos do estudo que se prende com a influência das lideranças na identidade profissional de enfermeiros. Os entrevistados indicam pessoas que possam responder aos objetivos deste estudo, sendo estas de contextos de trabalho e até de contextos demográficos diferentes.

Desta forma, os critérios de inclusão foram definidos como os seguintes:

- Exercer funções como enfermeiros em Centros de Saúde ou em Hospitais;
- Exercício profissional com 10 ou mais anos de serviço;
- De variados contextos demográficos, enfermeiros que exerçam funções no Norte, no Centro e no Sul de Portugal Continental.

De início, foram entregues 290 inventários, destes retornaram preenchidos 138, dos quais 36 foram invalidados, devido às respostas muito incompletas e pela dificuldade em identificar os sujeitos a quem pertenciam os inventários para os devolver e solicitar o seu completo preenchimento, tendo-se conseguido uma participação efetiva no preenchimento do inventário de 102 enfermeiros.

Apesar disso, prosseguiu-se a metodologia Ego-ecológica, que irá ser abordada num subcapítulo posterior, e realizou-se a técnica de Análise de Redes Associativas (ARA), acrescentando uma pequena súmula de questões que em princípio seriam respondidas com a ARA, mas caso as respostas não tivessem sido desenvolvidas pelos participantes foram colocadas no final estas questões em forma de entrevista – pretendeu-se realizar a continuação da teoria Ego-ecológica a 19 indivíduos que preencheram o Inventário. Com esta amostra, atingiu-se a saturação de dados ou a redundância de

informações e como Streubert e Carpenter (2002) mencionam “mais do que a amostra ser um número específico de indivíduos para obter significado em alguma manipulação estatística, o investigador qualitativo procura repetição e confirmação de dados previamente colhidos”. (p. 26).

### 1.3. Instrumentos de recolha de dados

Seguiu-se o percurso da teoria Ego-ecológica e utilizou-se como instrumento de recolha de dados o Inventário da Identidade Psicossocial (IIP) de Zavalloni & Louis-Guérin (1984) adaptado por Lopes et al. (2011) acrescentando nesta pesquisa os dados sociodemográficos (Anexo I), tendo-se a seguir colocado algumas questões ligadas à influência de alguns enfermeiros nos trajetos profissionais com a ARA, expondo as características dos líderes e os processos dessa influência.

Realizou-se um pré-teste ao Inventário, após ser adaptado à problemática e à população em estudo, para perceber a clareza e o entendimento das perguntas e das indicações, não tendo sido necessário realizar alterações. Apenas se sentiu a necessidade de entregar uma *check-list* (Anexo II) a alguns indivíduos que eram os elementos-chave de recolha dos inventários, para facilitar a verificação da totalidade das respostas e o preenchimento dos dados.

Nos parágrafos seguintes explana-se como se processou a aplicação e a explicação das fases do inventário.

Lopes (1993), acerca da teoria Ego-ecológica de Zavalloni e Louis-Guérin, explicita que os dados de 1º grau ou Unidades Representacionais (UR) são associações com o intuito de suscitar sequências de conteúdo entre o pessoal e o coletivo, usados para suscitar novos conteúdos.

Inicialmente, com o inventário, pretendeu-se criar uma matriz social onde o sujeito se situou objetivamente no mundo/grupos e subjetivamente em relação a *Si* próprio. Sendo o grupo/*Alter* entendido como pessoas significativas para o sujeito com as quais se mantêm relações simbólicas e reais.

Essas UR podem ser consideradas elementos armazenados na memória a longo prazo, cuja produção é gerada através da estimulação do inventário – estes são os dados

do 1º grau, que são estímulos das etapas seguintes – com estímulos indutores, que geram dados de 2º grau que permitem aceder à estrutura cognitiva e afetiva do sujeito.

Pediu-se, então, aos sujeitos que indicassem atributos que os tipificassem a *Si* próprios, aos membros de outros grupos e que descrevessem o seu ambiente social envolvente. Embora os autores desta metodologia sugiram a realização de um reportório semântico dos principais grupos a que o sujeito pertence, este estudo debruçou-se apenas sobre os grupos e ambientes profissionais aos quais os enfermeiros pertencem e onde interagem no quotidiano profissional, mantendo-se o conceito de enfermeiro ideal como o preconizado, descrito como uma pessoa única, um ideal a atingir.

Os autores aconselham a deixar espaço para 5 respostas, mas o inventário utilizado, apesar de se basear nos pressupostos iniciais, foi elaborado segundo as adaptações de Lopes et al. (2011) ao inventário original, com espaço para 3 respostas, mas com a inclusão de um local para quem de facto gostasse de se alongar no seu reportório semântico.

Assim, solicitou-se a cada entrevistado que se distinguisse ou identificasse relativamente ao grupo em que está inserido entre o “*Nós*” e o “*Eles*”, através da identificação de algumas categorias descritivas, surgindo neste processo processos de inclusão e exclusão que foram evidenciados ao longo deste método.

Desses dados de 1º grau, pediu-se ao indivíduo que assinalasse os que se atribuem a si próprio (egomórficos) e qual a intensidade (completamente, bastante ou pouco) ou os que não se atribuem a si próprio (alomórficos). Solicitou-se ainda que o entrevistado se atribua um significado com carga emocional (positiva, negativa ou neutra), e posteriormente reconhecesse a atribuição de valores e identificasse quais os mais importantes, gerando assim os dados de 2º grau.

Ao ser solicitado ao indivíduo que retome, várias vezes, ao ponto de partida e percorra o inventário com o que lhe é pedido, utiliza-se a técnica de introspeção focalizada – que é interativa, porque os dados são retomados e produzem novos dados através de estímulos, com associações sobre a elucidação de sentido, através de uma forma guiada a aspetos particulares de significação.

Os dados do 2º grau são pensamentos de fundo e julgamentos de *Si* (individual) e do *Outro* (coletivo/grupo), funcionando como redes de significado com múltiplas funções, são o sistema de significação que organiza a representação que o sujeito faz de *Si*, do *Outro* e da sociedade. Esta significação ocorre ao longo da vida e, com o inventário, consegue-se a exteriorização das interligações dinâmicas que o indivíduo faz do ambiente

social. Estes dados do 2º grau permitem compreender a estrutura e dinâmica da identidade psicossocial de uma pessoa cujo conteúdo está representado pelo ambiente interior operatório.

Zavalloni e Louis-Guérin (1984) referem que as representações estão ligadas e organizadas, agindo como imagens ativas, através das quais o ambiente social é recodificado e surgem como reguladoras de condutas – a identidade psicossocial.

Ainda segundo os autores acima citados, este método permite estudar os processos cognitivos, tais como a seleção e memorização da informação, mas também estudar os fenómenos de influência social e de atribuições. Pretendeu-se, assim, através da atividade categorizante do sujeito ligar o passado, o presente e o futuro, enquanto recodificação, avaliação e orientação face ao ambiente profissional dos enfermeiros, que constitui o lugar das suas realizações e insucessos, colocando na periferia da consciência o conteúdo do subconsciente.

Com estes passos, pretendeu-se encontrar os traços comuns e diferentes do *Self* (indivíduo) e do *Alter* (grupo), isto é, o que do grupo o indivíduo absorve como fazendo parte ou de quem se diferencia. Com a contagem dos dados egomórficos e alomórficos surgiu o reconhecimento do grau de egomorfia ou alomorfia dos grupos e reconheceram-se os conteúdos da representação do indivíduo e dos *Outros*.

Os grupos egomórficos indicam grupos de pertença e proximidade que são visualizados como grupo de assimilação. Os grupos alomórficos indicam grupos de oposição e/ou de distância.

Nesta fase, Zavalloni e Louis-Guérin (1984) referem a possibilidade de se identificar dois eixos, o eixo da afetividade – o bom e o mau – e o eixo da identidade – o *Eu* e o *Outro*. Na interseção da afetividade com a identidade, pode-se encontrar não só o pólo positivo de *Si*, as suas valorizações ou qualidades, aspirações, competências, como também o pólo positivo do *Outro*, como se gostaria de ser; além do pólo negativo de *Si*, as suas desvalorizações ou defeitos, vitimizações e do pólo negativo do *Outro*, as características indesejáveis/contravalores.

Segundo Lopes (1993), os indivíduos podem expressar identificação ou não e formar quatro modalidades – A, B, C e D. Na modalidade A, são visualizadas maioritariamente características egomórficas, verifica-se uma perceção positiva de *Si* e do grupo com atitudes semelhantes; na B, o “*Nós*” apresenta características egomórficas (traços positivos) e o “*Eles*” com respostas maioritariamente alomórficas (contravalores), é a modalidade mais frequentemente encontrada, segundo a autora, no seu estudo; na C,

o “*Nós*” apresenta maioritariamente características alomórficas e o “*Eles*” características egomórficas; o “*Nós*” representa os limites e as fraquezas e o “*Eles*” representa o ideal de grupo; na D, predominam as características alomórficas no pólo do “*Nós*” e no “*Eles*”; não se reconhece nenhuma identificação do sujeito e do grupo.

Lopes (1993) refere que, na realidade, o *Self*, conotado com o indivíduo e o *Alter* com o grupo, constituem-se como simultâneos e interligados, porque quando nos referimos ao “*Nós*” estamos a atribuir características referentes do grupo (*Nós*) e a justificar características do *Self*. Apesar disso, todos os grupos – valorizados ou desvalorizados – têm características simétricas ou de diferenciação. A consciência retém as conexões entre o *Self* e o coletivo, o *Alter*.

Nesta parte do método, realizou-se a análise dos resultados do 1º e 2º grau e construiu-se uma matriz das propriedades elementares das identidades profissionais ou estruturas topológicas de representações dos enfermeiros que participaram neste estudo, tendo-se iniciado uma interpretação destes resultados.

É na significação dos dados do 1º e 2º grau que se pode descobrir o discurso manifesto que o indivíduo tem sobre *Si*, sobre o *Outro* e sobre a sociedade. Encontrando-se interligações entre a história individual ou biográfica e a história coletiva ou história associada aos diferentes grupos de pertença e não pertença, reflete-se a interação contínua entre o sujeito e o seu ambiente externo/social.

Segundo Zavalloni e Louis-Guérin (1984), é ao nível social que se percebe a transmissão da cultura e se recriam ideologias, valores e consciência social, ao passo que ao nível individual, reconhece-se a dinâmica das interações sociomotivacionais do sujeito em forma de afetos, cognição e condutas com o meio social.

Os mesmos autores referem que é muito difícil penetrar e compreender o meio social no qual o sujeito existe, se move e age. Através da metodologia do inventário, acede-se às categorias que os sujeitos utilizam para codificar e decodificar o ambiente e a sua significação. Numa verificação superficial do conjunto das UR – reportório semântico da identidade e da alteridade – denotou-se uma construção de estereótipos, de julgamento social, de uma importância cognitiva fraca, mas após se obterem os dados de 2º grau e explorarem os contextos das suas significações, emergiram aquisições, projetos, necessidades do indivíduo que despontam a sua dinâmica sociomotivacional.

Foi criado pelos autores, acima referidos, um método que permite explorar o nível não manifesto do pensamento, da interligação do *Eu* com o *Outro*, recorrendo à memória/atividade cognitiva (Meio Interior Operatório (MIO)), individual e coletiva e o

ambiente exterior que desencadeia um certo número de conceitos ou respostas. Estes conceitos podem ser trabalhados de uma forma mais descritiva ou mais complexa, com tabulações cruzadas e correlações; esta complexidade foi colocada em prática na pesquisa que se realizou sobre a influência das lideranças na identidade profissional dos enfermeiros e no tratamento e análise dos dados do 1º e 2º graus, segundo os autores do método, é possível e desejável que se vá mais além para explorar o meio interior operatório.

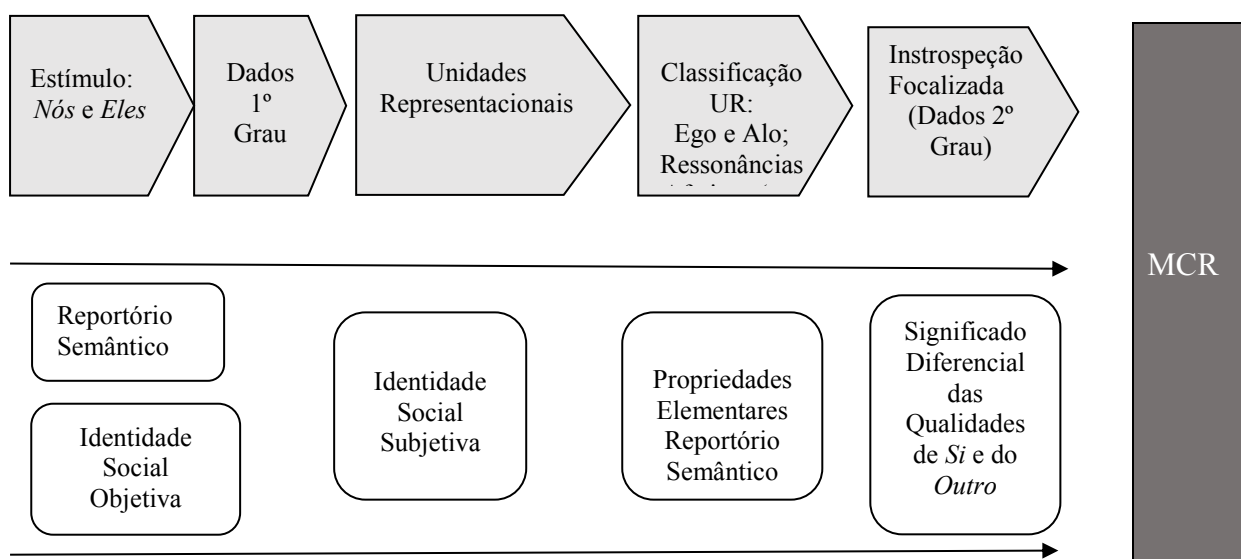


Figura 1. Etapas do Método de Contextualização Representacional (MCR) - Adaptado de Marta (2012)

O MIO é armazenado na memória a longo prazo e emerge em condições mínimas de estimulação, acedendo-se-lhe através da significação desses objetos de representação de *Si* e do *Outro*, que se consegue através das diferentes significações de pertença, diferenciação, subgrupos, de aplicação a *Si*, de positivo, negativo ou neutro e de importância dessas representações, através do Método de Contextualização Representacional (MCR), como se pode observar na Figura 1.

O MCR utiliza como ponto de partida o material produzido pelo próprio sujeito, com a elucidação de sentido para as categorias realizadas; acede-se ao sentido de *Si* próprio, ao meio interior operatório, pelo individual e pelo coletivo, correspondendo a análises e sumários do discurso que uma pessoa tem sobre *Si*, sobre o *Alter* e sobre a sociedade. Desta maneira, permite-se traçar a identidade psicológica como um sistema cognitivo e motivacional integrado, operando-se transações da pessoa com o ambiente externo, o que possibilita a sua exploração.

Zavalloni e Louis-Guérin (1984) explicitam que as UR, isto é, as respostas dadas no inventário, constituem os estímulos para elucidar os contextos intraoperatórios, fazendo coincidir a história e a experiência pessoal com a coletiva, através da compreensão dos processos de articulação do vivido pessoal com o vivido social; permite-se fazer emergir, da consciência, as unidades representacionais, que correspondem a imagens, pessoas, situações, lembranças, que habitualmente estão fora da consciência do sujeito, mas que surgem com os estímulos.

Dirigiu-se, inicialmente, a entrevista, não para o inventário como um todo, mas para o sentido das diferentes partes do seu conteúdo; as categorias são estímulos de associação livre de novas imagens que aparecem, que no seu conjunto constituem a realidade social, revelando a organização e a dinâmica do meio interior operatório. Com este objetivo foi criado um guião da Entrevista do Inventário (ILIFE – Influência das Lideranças na Identidade Profissional de Enfermeiros) – (Anexo III).

Os resultados de Zavalloni e Louis-Guérin (1984) demonstraram que os indivíduos nos dados do 1º grau diferiam pouco ao nível das categorias e conceitos da descrição do mundo envolvente; a individualização produz-se nas imagens e qualidades particulares que estas categorias adquirem, associando-se aos diferentes componentes do meio interior operatório gerando os dados do 2º grau e posteriormente, os dados do 3º grau.

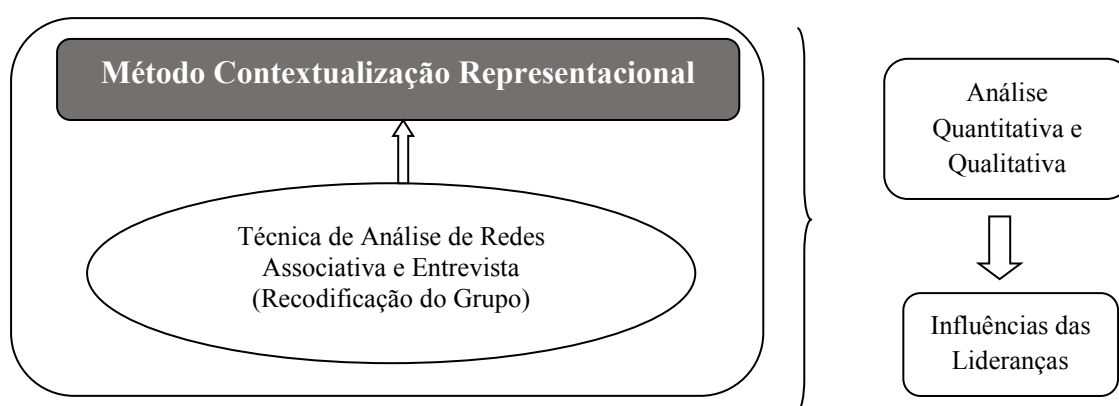
Neste sentido, a conversação é constituída por uma sequência rápida de questões e de respostas, as UR são respostas iniciais que se transformam em questões e produzem canais associativos, segundo eixos de significação pré-estabelecidos.

Surgindo através desta estimulação de elementos do meio interior operatório, os conteúdos manifestos e escondidos das representações sociais podem-se definir como a memória emocional do mundo percebido pelo indivíduo, que o orienta para a ação na vida quotidiana. Verificando-se, deste modo, a fusão entre a motivação e a cognição para produzir a realidade subjetiva do ator e autor do que se denomina de meio interior operatório. Percebendo-se o que normalmente escapa à consciência do sujeito, isto é, as conexões que existem entre o pensamento, as imagens e a linguagem, estas dão significação à vida pessoal e social (Lopes, 1993).

Portanto, este método permite antecipar e explicar a ação social e pessoal do sujeito, situando-o no meio interior operatório, de maneira que um dado momento da história biográfica reflete as interações entre o *Self* e o *Alter* que fazem parte da memória emocional.

A Análise de Redes Associativa (ARA), contextualiza os dados precedentes, considerado como um processo onde emerge o sistema sociomotivacional que sustém as representações do *Self*, dos grupos de pertença e dos *Outros*.

Zavalloni e Louis-Guérin (1984) alertam para o facto de esta etapa se tornar um marco essencial para que, através das categorias às quais foram atribuídas valores, se crie sentido, fazendo a passagem de dados objetivos para dados subjetivos, ao atribuir a esses atributos uma situação em particular, uma pessoa real ou imaginária, que se denomina de recodificação do grupo (Figura 2). Com a recodificação do grupo, surgem os referentes implícitos do grupo de pertença e de dissociação.



**Figura 2. Modelo Explicativo do MCR (continuação)**

Estes referentes implícitos surgem das questões sobre os grupos a estudar: se tem a noção de ter respondido igual ou diferente quando estava a referir-se ao “*Nós*” e ao “*Eles*”; se estava a pensar num conjunto de pessoas do grupo ou um subconjunto, ou em pessoas em particular. O grupo objetivo é, então, personificado e transformado em metáfora com situações ou pessoas reais ou simbólicas, que reenviam para um esquema imaginário, permitindo conhecer como cada um de nós apreende o *Outro* e o mundo social e qual a dinâmica sociomotivacional individual. Através destas questões, pretendeu-se aceder aos referentes implícitos do sujeito e do grupo, pela referência a esse grupo, à história, à situação e às realidades do grupo.

Trata-se, de através da identificação do espaço elementar da identidade conseguida pela análise dos resultados da fase 1 (dados de 1º e 2º grau) e fase 2 (dados de 3º grau), explorar cada representação para aceder às redes experienciais e imaginárias que estão inseridas e mescladas com a história pessoal e a história coletiva, não só aceder ao

passado, mas também ao presente e às expectativas de futuro, com a análise dos resultados da 2ª Fase do estudo, concluindo o Método de Contextualização Representacional.

Pretendeu-se, além de conhecer qual a influência das lideranças na identidade profissional dos enfermeiros, aceder aos seus processos de influência. Para isso, recorreu-se à metodologia de Zavalloni e Louis-Guérin (1984) e para complementar o estudo, também, foram colocadas outras questões que se julgaram pertinentes realizar após esses processos, para conseguir uma síntese reflexiva do objeto de estudo pelo próprio sujeito.

#### 1.4. Procedimentos formais e éticos

Foram efetuados vários procedimentos formais e informais para verificar a viabilidade deste estudo, tendo em consideração todos os procedimentos éticos inerentes a este tipo de estudos.

Efetuaram-se contatos com a Professora Doutora Amélia Lopes que autorizou a utilização do Inventário Psicossocial adaptado de Zavaloni e Louis-Guérin (1984) por Lopes et al. (2011) no âmbito do projeto FIPAIF - Formação Inicial de Profissionais de Ajuda e Identidades dos Formadores, financiado pela FCT/FEDER/COMPETE. O instrumento foi readaptado para a população e objetivos do estudo (Anexo I). O inventário foi sujeito a um pré-teste, para perceber se as perguntas estavam claras e adaptadas e, a seguir, foram realizadas as devidas alterações.

Foi solicitado a alguns enfermeiros conhecidos pela investigadora (elementos-chave) que identificassem outros enfermeiros que se enquadravam nos critérios de inclusão da amostra e que poderiam colaborar neste estudo, utilizando-se a técnica de amostragem bola de neve. Questionados os entrevistados acerca da duração no preenchimento dos inventários, verbalizaram que demoraram, entre 20m a 1h20m.

Explicou-se que, durante a aplicação do inventário, na parte da Técnica de Análise de Redes Associativas, havia a necessidade de gravar a entrevista com a autorização dos participantes para se conseguir uma recolha integral e fidedigna dos dados. Os sujeitos foram devidamente informados do objetivo deste trabalho, dos objetivos dos instrumentos de recolha de dados, bem como do carácter anónimo e da confidencialidade das informações obtidas – Documento de Informação aos Enfermeiros (Anexo IV). A

investigadora comprometeu-se a ter na sua posse a anuência dos participantes por escrito, através do consentimento informado (Anexo V). Após a transcrição das entrevistas, foi devolvido o discurso em suporte escrito, tendo os sujeitos a liberdade de modificar o seu discurso.

As entrevistas ocorreram consoante a disponibilidade dos entrevistados, 9 enfermeiros elegeram os meios de comunicação à distância (MCD), 6 preferiram os locais de trabalho, 2 escolheram os domicílios e 2 iniciaram a entrevista no local de trabalho, mas dada a dificuldade de se expressarem livremente e sem interrupções optaram posteriormente pelos MCD (realizada em dois locais a entrevista). No que diz respeito à duração das entrevistas elas variaram entre 1h25m a 3h30m, com uma média de 2h30m, totalizando cerca de 47 horas de contato gravado com os participantes, em alguns casos houve necessidade de repartir a entrevista em mais do que um dia, perfazendo uma média de 2 períodos como se pode verificar no Anexo (VI).

Também foi apresentado um pedido de apreciação e parecer para o estudo da investigação à Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, ao qual foi dado parecer positivo (Anexo VII).

## 2. Tratamento e análise dos dados

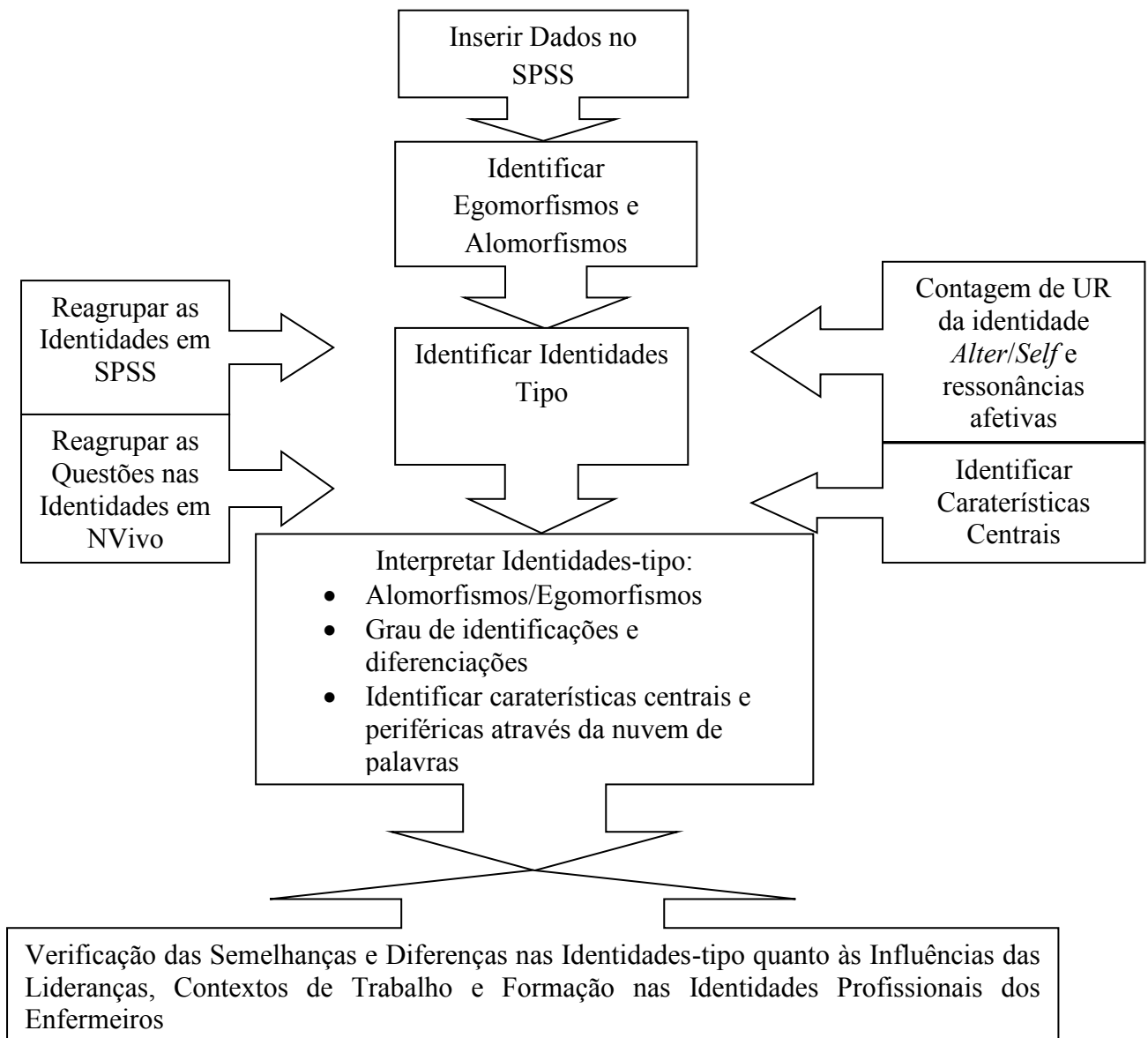
O tratamento de dados foi realizado de forma quantitativa e qualitativa, porque se pretendia, através da análise estatística dos dados da primeira e segunda parte do instrumento, uma forma mais adequada de explicitá-los e pela análise de conteúdo da entrevista, contextualizá-los. Dada a necessidade de tratar os dados de forma distinta, foi dividido o estudo em duas partes: a 1ª fase da pesquisa e a 2ª fase da pesquisa.

### 2.1. Primeira fase da pesquisa

Foi realizada a análise estatística dos dados relativos à primeira e segunda partes do IIP com recurso ao programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Statistics 22. Num primeiro momento, inseriram-se os dados sociodemográficos e as UR no SPSS Statistics 22; num momento posterior, analisaram-se os dados sociodemográficos da totalidade dos sujeitos que participaram no estudo e, simultaneamente, realizou-se a contagem dos dados egomórficos e alomórficos, reconhecendo-se o grau de egomorfia ou alomorfia dos grupos com a construção de tabelas, construíram-se a seguir gráficos do grau de identificação e após se introduzirem as UR no NVivo10, efetuou-se a nuvem de palavras para identificação (*S/Self*) e diferenciação (*O/Alter*). (Anexo VIII, IX, X, XI, XII). Nesta etapa, identificaram-se grupos de egomorfismos e alomorfismos e agregaram-se baseados em duas particularidades dos elementos, são eles: o “*Nós*” enfermeiros/“*Eles*” enfermeiros e o “*Nós*” equipa de enfermagem/”*Eles*” equipa de enfermagem (dados da 1ª fase do estudo).

Com estes elementos, detetaram-se diversos tipos de identidades e características do grupo de enfermeiros em estudo que se distinguem, principalmente, com a identificação ou diferenciação do sujeito em relação ao seu grupo profissional, ou seja, ao enfermeiro e com a identificação ou diferenciação da sua equipa de enfermagem com as outras equipas de enfermagem.

Através destes dois pontos de partida, foram emergindo tipos de identidades distintos, exploradas as diferenças, as semelhanças e as relevâncias dadas a cada subtema proposto e exploradas, desde a identificação ou diferenciação com outros grupos profissionais, como enfermeiros-chefes, professores de enfermagem, médicos e outros profissionais de saúde, até aos diversos conceitos como enfermeiro, contexto de trabalho, contexto de formação e influências ocorridas ao longo do percurso profissional destes enfermeiros. Os subtemas foram escolhidos, tendo em conta o ambiente profissional dos enfermeiros e a sua envolvente com outros ambientes: profissionais, organizacionais, formativos, laborais e de influências identificadas e consentidas. A explicação esquemática dos procedimentos efetuados apresenta-se de seguida, na Figura 3.



**Figura 3. Tratamento dos Dados do Inventário Adaptado (IIP) – 1ª Fase**

Surgiram, destes graus de egomorfismo ou alomorfismo, quatro grupos de identidades predominantes e outras identidades isoladas. Apenas se aprofundaram os quatro tipos de identidade mais frequentes neste estudo:

**Quadro 1. Tipologias de Identidades**

<b>Tipologias de Identidades</b>	
<b>Identidade de Manutenção</b>	Egomorfismo para os Outros Enfermeiros e Outras Equipas de Enfermagem: os sujeitos identificam-se positivamente com o grupo de enfermeiros e com as equipas de enfermagem.
<b>Identidade Relacional</b>	Egomorfismo para Outros Enfermeiros e Alomorfismo para Outras Equipas de Enfermagem: os sujeitos identificam-se como enfermeiros – egomorfismo, mas não identificam a sua equipa com as outras – alomorfismo, denotando-se a existência de subgrupos em que a sua equipa apresenta qualidades e as outras equipas principalmente defeitos.
<b>Identidade de Negociação</b>	Alomorfismo para os Outros Enfermeiros e Outras Equipas de Enfermagem: identificam-se como um subgrupo de enfermeiros e de equipa existente nos enfermeiros – com qualidades – egomorfismo e os outros maioritariamente com defeitos – alomorfismo.
<b>Identidade de Profissionalização</b>	Alomorfismo para Outros Enfermeiros e Egomorfismo para Outras Equipas de Enfermagem: identificam-se como um subgrupo de enfermeiros – alomorfismo, mas enquadram-se muito bem com a sua equipa e as outras – egomorfismo.

Através da identificação destes quatro tipos de identidades: Identidade de Manutenção, Identidade de Negociação, Identidade Relacional e Identidade de Profissionalização, procurou conhecer-se quais as características com as quais os enfermeiros se identificam – completamente, bastante, pouco ou nada – e se estes traços são – favoráveis, desfavoráveis ou neutros – além de se querer saber quais as relações existentes com os outros grupos profissionais e quais os seus contextos de trabalho, formação e de que forma foram reconhecidas as influências em cada grupo.

Outras identidades foram encontradas, mas como foram pouco representativas neste estudo e consideradas, por isso, residuais, pois respeitantes somente a 8 sujeitos, optou-se por não se realizar a análise exaustiva destas identidades isoladas, que se encontram explicitadas de forma sintética e esquemática no Anexo XIII.

Após se identificarem as quatro identidades mais frequentes, reagruparam-se as identidades no programa SPSS versão 22, para se analisarem os dados sociodemográficos e realizarem tabulações cruzadas entre os dados do 1º e do 2º graus nestes quatro tipos de identidades, com construção de gráficos circulares de identificação; a seguir realizou-se a passagem das tabulações cruzadas para o Excel e construíram-se tabelas de ressonância afetiva e identidade do *Self* e *Alter*. No programa NVivo10, efetuaram-se as contagens das características que mais identificavam a propriedade elementar da identidade, com a consulta de frequência de palavras e a posterior apresentação em nuvem e com a identificação das características centrais e periféricas de cada identidade-tipo.

Neste seguimento, conseguiu-se interpretar as identidades-tipo quanto aos egomorfismos e alomorfismos, calcular o grau de identificação, categorizar nas respetivas identidades em dimensões e identificar as características centrais. Realizou-se, com base nesta descrição das identidades, a verificação das semelhanças e diferenças nas identidades-tipo, quanto à influência das lideranças nas identidades profissionais dos enfermeiros deste estudo.

## 2.2. Segunda fase da pesquisa

Após estes procedimentos, replicou-se a mesma metodologia também para os 19 inventários dos entrevistados e cruzou-se a análise de conteúdo com esses dados (dados da 2ª fase do estudo). Desta maneira, analisaram-se as influências reconhecidas e implícitas nestes enfermeiros e como estes interagem com os diferentes elementos e grupos profissionais. Contextualizou-se, não só o seu percurso e contexto formativo, como também o seu percurso e contexto de trabalho, a sua idealização da profissão, e as interações que se cruzam nos diversos contextos profissionais identitários, reconhecendo potencialidades de desenvolvimento profissional dos enfermeiros, quer como alunos, quer como profissionais. Vislumbrou-se, deste modo, um contributo importante no reconhecimento de influências essenciais para a identidade profissional dos enfermeiros e conseqüentemente com potencialidades de desenvolvimento profissional nos enfermeiros, seja pelos seus pares – os chamados líderes informais, seja pelos enfermeiros-chefes e professores de enfermagem – os líderes formais.

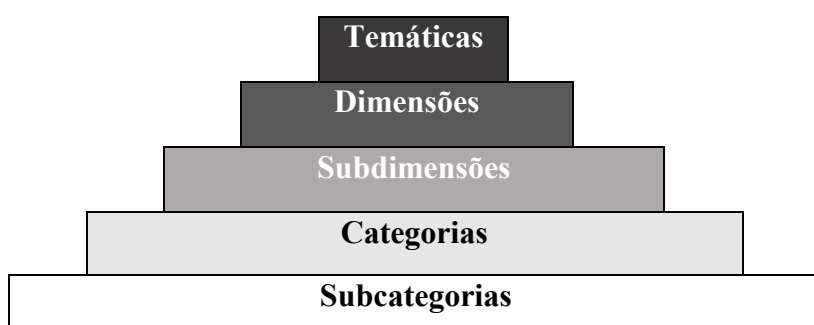
Depois deste tratamento estatístico e análise interpretativa, realizou uma inferência contextualizada desses dados conseguida pela aplicação da Técnica de Análise de Rede Associativa e da interligação com a triangulação da análise de conteúdo de Bardin (2010) dos dados do inventário e das questões formuladas em formato de síntese.

Para o tratamento de dados, foi necessário identificar com um número de série cada inventário e a respetiva entrevista/narrativa; neste sentido, foram identificados os sujeitos segundo o número de inventário que corresponde de 1 a 102. Exemplo: Inventário 1: Participante 1; Inventário 2: Participante 2; Inventário 3: Participante 3; (...) Inventário 102: Participante 102. As entrevistas foram identificadas com o nº de série correspondente ao seu inventário; exemplo: Inventário (i.) e entrevista (e.) 12 - (12i.e.).

As gravações foram na sua totalidade ouvidas e transcritas pela investigadora e devolvidas aos entrevistados para confirmação. Foram solicitadas algumas alterações ao nível da passagem da linguagem falada para a escrita, alguns cortes para manter o anonimato e outros relativos a partes julgadas desnecessárias e privadas; apenas uma entrevistada alterou o seu discurso em relação a algumas afirmações.

Recorreu-se à análise de conteúdo como técnica de tratamento de dados e análise de informação, com a finalidade de “efetuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas” (Vala, 1986, p.104).

Terminada a transcrição da gravação das entrevistas, que ocorreu da forma mais fiel possível, com 486 páginas dactilografadas no programa WORD, começou por realizar-se uma leitura flutuante, para se conseguirem leituras mais aprofundadas que permitiram efetuar análise de conteúdo. Os dados foram importados para o programa NVivo10, reconhecendo-se a existência de temáticas, originando matrizes conceituais com a identificação de dimensões, subdimensões, categorias e subcategorias através dos discursos e das unidades de registo (Figura 4).



**Figura 4. Estruturas utilizadas na Análise de Conteúdo**

A opção pela organização estruturada não pretendia desagregar os discursos, mas compreender lógicas e correlações no misto de signos presentes, para reconhecer as significações de forma estruturada tendo em conta os objetivos desta pesquisa.

A análise e interpretação dos dados surgiram em torno de quatro temáticas centrais: Influências Sociomotivacionais, Influências da Formação nas Identidades Profissionais, Influências do Trabalho nas Identidades Profissionais e Influências Identificadas e Consentidas nas Identidades Profissionais (Quadro 2).

**Quadro 2. Matriz Temática**

<b>Temáticas</b>	Influências Sociomotivacionais
	Influências da Formação nas Identidades Profissionais
	Influências do Trabalho nas Identidades Profissionais
	Influências Identificadas e Consentidas nas Identidades Profissionais

O trabalho empírico e teórico foi-se organizando e ganhando forma e sentido nesta investigação.

Realizou-se a análise de conteúdo de uma forma estruturada e ao longo das temáticas, mantiveram-se as bases teóricas da análise das identidades de Dubar (1997) e de Zavalloni e Louis-Guérin (1984).

A temática Influências Sociomotivacionais foi estruturada nas dimensões da Identidade Reivindicada, Identidade Atribuída, Identidade Idealizada, Identidade Rejeitada, Motivações, Valorização Profissional e Perceção de Desenvolvimento Profissional, com o intuito de identificar as influências sociomotivacionais dos profissionais entrevistados (Figura 5).

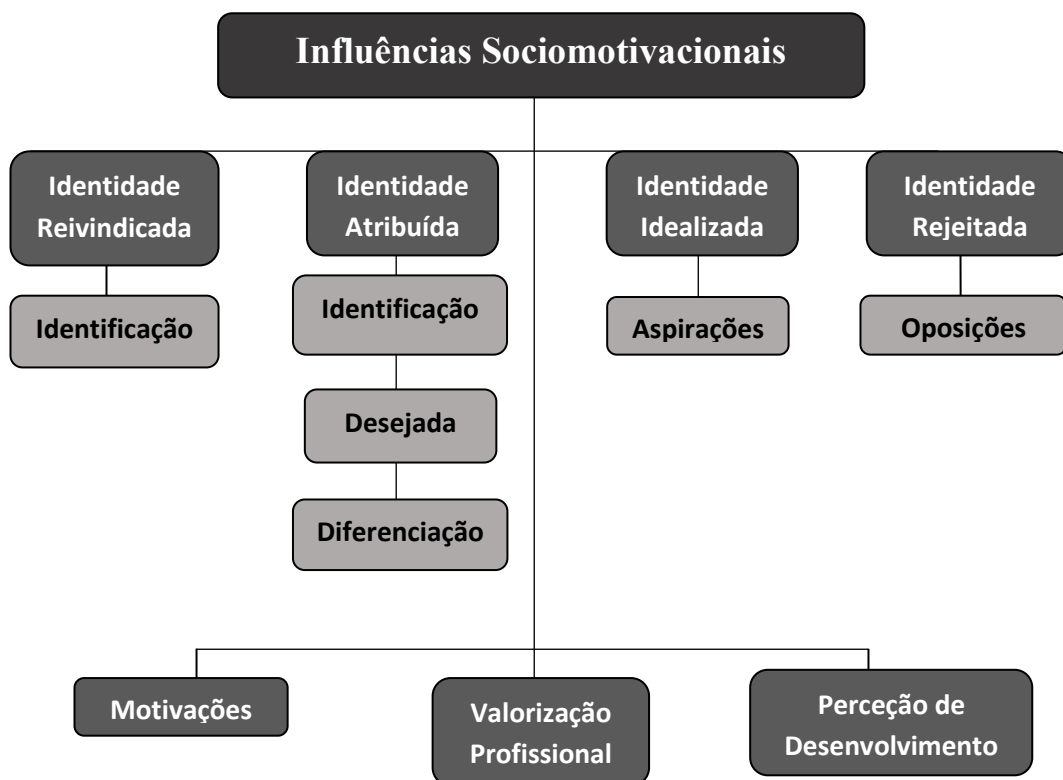


Figura 5. Matriz da Temática Influências Sociomotivacionais

Na temática das Influências da Formação na Identidade Profissional, emergiram duas dimensões: a Apreciação dos Ambientes de Formação, tal como as propostas de alterações na formação e a manifestação das Influências dos Professores de Enfermagem nas Identidades Profissionais, aprofundando as significações das identificações e diferenciações deste grupo profissional (Figura 6)

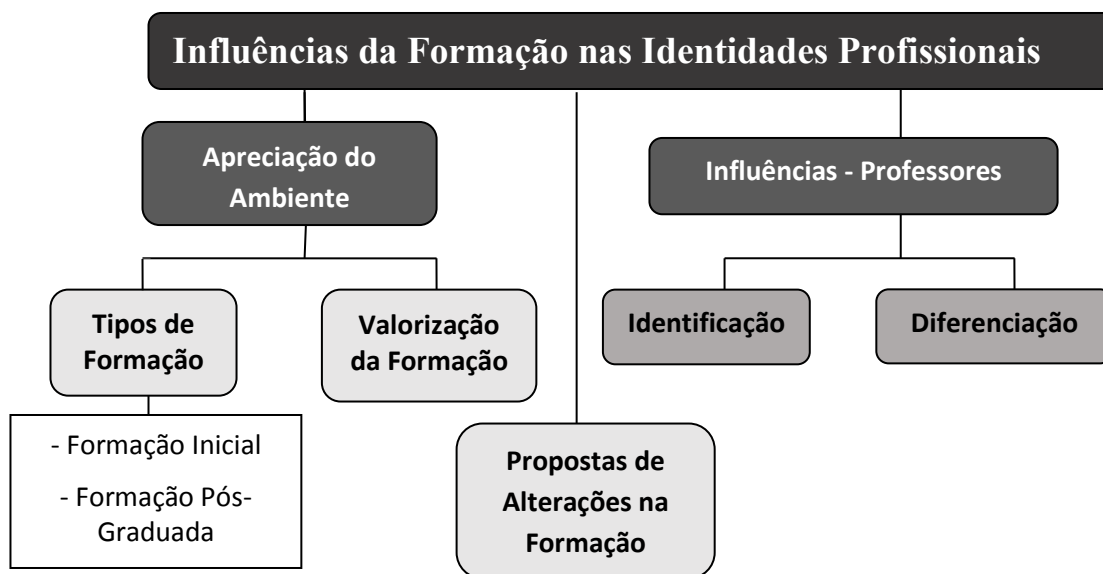


Figura 6. Matriz da Temática Influências da Formação

Na temática Influência do Trabalho nas Identidades Profissionais, reconheceram-se duas dimensões: a Apreciação dos Ambientes de Trabalho e as Influências de Grupos. Nesta última, identificou-se a Equipa, os Enfermeiros-Chefes, os Médicos e Outros Profissionais da Saúde como dimensões de análise (Figura 7).

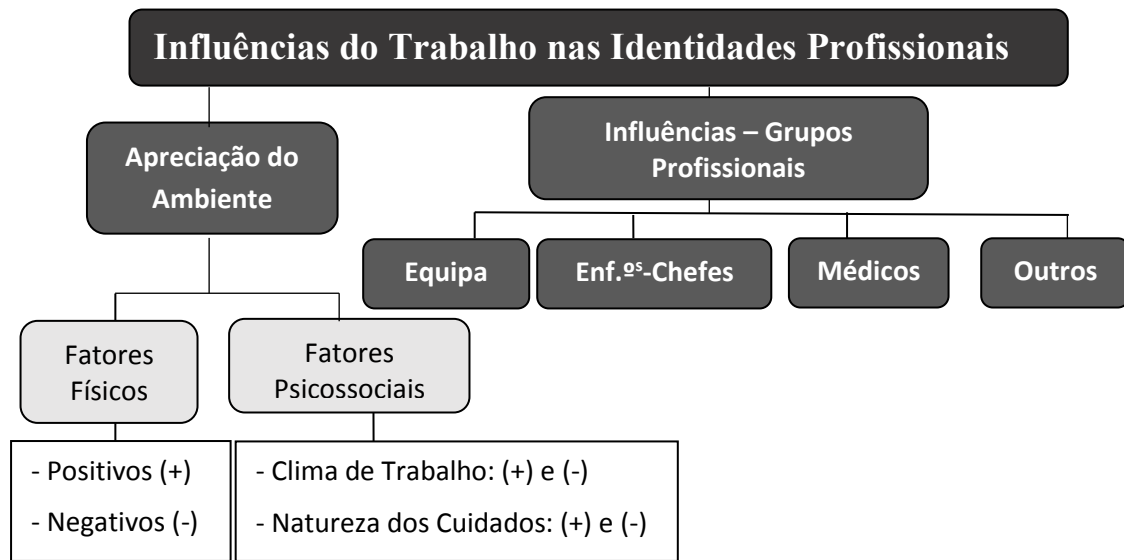


Figura 7. Matriz da Temática Influências do Trabalho

Na dimensão as Influências dos Grupos Profissionais reconheceram-se e aprofundaram-se as influências dos diversos grupos com quem os enfermeiros interagem no seu quotidiano reconhecendo os grupos de assimilação e de oposição, as identificações, diferenciações e desejos de interações profissionais, tal como os seus possíveis contributos (Figura 8).

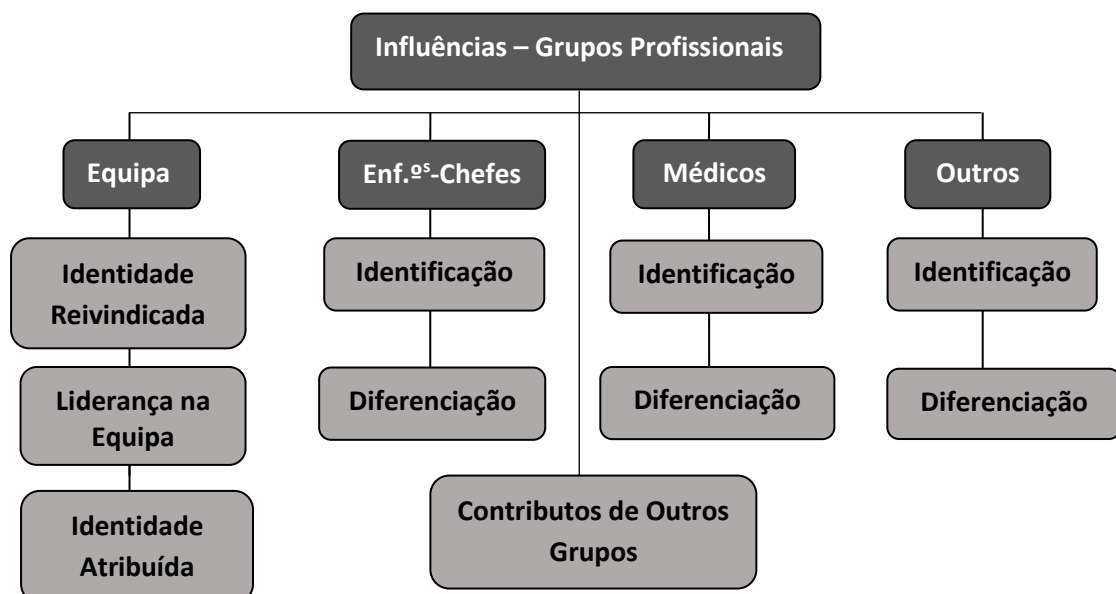
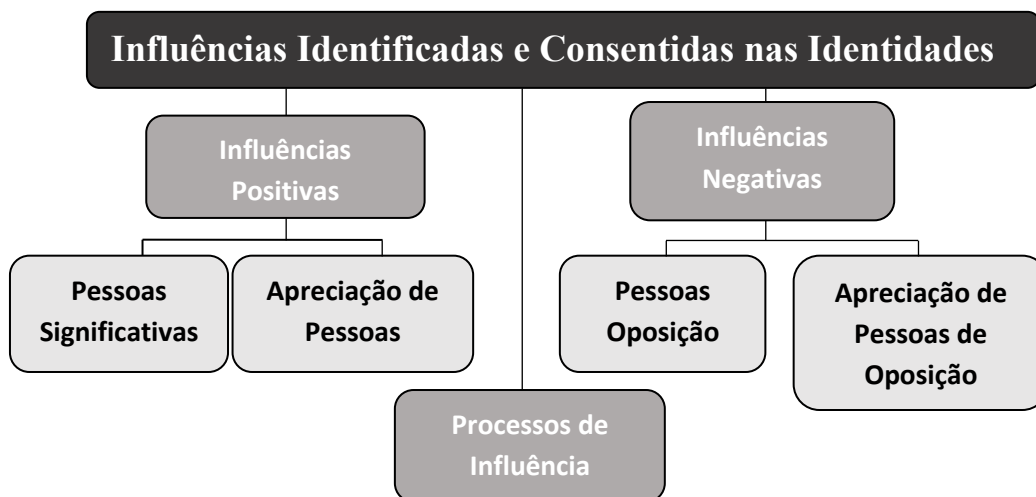


Figura 8. Matriz da Dimensão Influências de Grupos Profissionais

Após se explorar as influências implícitas nos enfermeiros, procura-se conhecer quais as influências explícitas, isto é, aquelas que os enfermeiros verbalizam como pessoas significativas e as pessoas de oposição, o que valorizam e desvalorizam respetivamente nessas influências e como interiorizam essas interações, assim como alguns processos de influência verbalizados. (Figura 9).



**Figura 9. Matriz da Temática Influências Identificadas e Consentidas**

As unidades de registo foram categorizadas em categorias e subcategorias, que se tentou serem o mais uniformes possíveis, tendo em conta as diversas dimensões e subdimensões, para se poder analisar os dados comparativamente. As categorizações foram aprofundadas e explicitadas no capítulo de apresentação e análise de resultados da segunda fase da pesquisa.

Realizou-se o tratamento de dados baseado em Vala (1986) e em Bardin (2010), e na análise de conteúdo durante a construção das matrizes temáticas, suas dimensões, categorias e subcategorias obedeceu-se aos princípios de exaustividade, homogeneidade, exclusividade, objetividade e pertinência.

A seguir ao tratamento de dados, com o intuito de incrementar o carácter interpretativo da análise dos mesmos; procedeu-se à redução de dados.

No tratamento de dados da 1ª fase, dos 102 inventários, aqueles apresentaram-se em nuvens de palavras, gráficos dos graus de identificação e tabelas de contagens dos eixos da afetividade e identidades do *Self* e do *Alter*, que se encontram nos Anexos de Redução de Dados (Anexo VIII, IX, X, XI, XII). Esta metodologia de tratamento de dados foi replicada aos inventários dos participantes (19) (Anexo XIV) que concluíram o

Método de Contextualização Representacional, conseguindo-se selecionar as significações apenas destes participantes, articulando-se este tratamento com o tratamento de dados das estruturas temáticas, dimensões, categorias e subcategorias.

Além disso, realizou-se também a redução de dados das estruturas de codificação (Anexo XV) e procurou manter-se o que Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (2013) designaram por paralelismo dos significados, não alterando o sentido da mensagem.

O tratamento e redução de dados e a sua análise e interpretação permitiram realizar inferências do conteúdo explícito e implícito de todo o processo do Método de Contextualização Representacional. Terminado o subcapítulo de Tratamento de Dados, dedicaram-se os subcapítulos seguintes à Apresentação e Análise de Dados e à Interpretação de Resultados, tendo sempre em consideração os objetivos e o enquadramento teórico desta pesquisa.

---

#### **IV. Apresentação e análise dos resultados da primeira fase**



## 1. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo é constituída por 102 enfermeiros (n=102), dos quais 80 são do sexo feminino e 22 do sexo masculino, apresentando uma média de idades de 39,63 anos, um desvio padrão de 5,98, com idade mínima de 31 anos e idade máxima de 60 (Anexo VIII).

Os participantes exercem funções como enfermeiros, têm uma média de 17,42 anos de serviço, um desvio padrão de 5,458, sendo uma das condições da aplicação do inventário ter mais de 10 anos de serviço, assim, com um mínimo de tempo de serviço 10 anos e o máximo de 40 anos de serviço.

De início, procurou-se que os enfermeiros fossem de diversas zonas de Portugal continental, mas devido à maior facilidade em encontrar enfermeiros que participassem neste estudo na área de residência da investigadora, a maioria são de Centros de Saúde e Hospitais do Distrito do Porto, mas também há participantes do distrito de Braga, Vila Real, Coimbra e Faro (Tabela 1):

**Tabela 1. Distribuição dos enfermeiros segundo a área geográfica**

<b>Área Geográfica</b>		<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Válido	Braga	13	12,7
	Coimbra	1	1,0
	Faro	6	5,9
	Porto	79	77,5
	Vila Real	3	2,9
	<b>Total</b>	102	100,0

Apesar de participarem 51 enfermeiros por cada área de atuação - metade dos enfermeiros a exercer funções em Cuidados de Saúde Primários e metade em Cuidados de Saúde Diferenciados, 75 enfermeiros trabalharam maioritariamente em Hospitais, ao longo do seu percurso profissional e apenas 27 enfermeiros o fizeram maioritariamente em Centros de Saúde. Estes resultados talvez se devam, ao método de amostragem

utilizado – o da amostragem por bola de neve – uma vez que a investigadora começou a fazer os contatos iniciais no local onde exerce funções, um hospital.

Dos enfermeiros inquiridos, 84, no momento de aplicação do instrumento de recolha de dados, não frequentavam nenhuma formação e 18 frequentavam as formações segundo a distribuição da tabela subsequente (Tabela 2). Também a maior parte dos que frequentava formações, nesse momento, é maioritariamente doutoranda, o que explicará a facilidade da investigadora no acesso a este tipo de formandos, visto que se encontrava entre pares.

**Tabela 2. Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência de formações**

<b>Frequência de Formações</b>		<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Válido	Sem frequência	84	82,4
	Controlo infeção	1	1,0
	Curso Formação de Formadores	1	1,0
	Doutoramento	6	5,9
	Formador SAV	1	1,0
	Hemodiálise	1	1,0
	Mestrado	5	4,9
	Pós-Licenciatura	1	1,0
	Pós-Doutoramento	1	1,0
	Pós-Graduação	1	1,0
	<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

Quanto à formação académica deste grupo de enfermeiros, a maioria obteve o grau de Licenciado, encontrando-se ainda quem possua o de Bacharel, Mestre e um de Doutorado (Tabela 3).

**Tabela 3. Distribuição dos enfermeiros segundo a formação académica**

<b>Formação Académica</b>		<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Válido	Bacharelato	3	2,9
	Licenciatura	82	80,4
	Mestrado	16	15,7
	Doutoramento	1	1,0
	<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

No que diz respeito a outras formações, 62 enfermeiros não apresentavam qualquer outra formação, além das anteriormente mencionadas, mas 40 referem apresentar desde Especializações em Enfermagem (24) a Pós-Graduações (16). Talvez se registre aqui um pouco de confusão entre as Pós-Licenciaturas de Especialização e as Pós-Graduações, uma vez que os 24 enfermeiros com Pós-Licenciaturas de Especialização tenham colocado este conceito no espaço para outras formações. Assim, admitiremos ao longo da interpretação dos dados recolhidos que as Pós-Licenciaturas de Especialização em Enfermagem estão incluídas nas Pós-Graduações na totalidade de 40 enfermeiros.



## 2. Configurações identitárias de enfermeiros

A análise das configurações identitárias existentes no grupo profissional dos enfermeiros em estudo, tem como conteúdo teórico basilar quer as teorias das representações sociais de Zavalloni e Louis-Guérin, quer a conceção de identidade de Dubar (1997).

Como referido no marco teórico para definir os contornos e significações das identidades profissionais procuram-se as ligações da identidade biográfica e a identidade relacional de Dubar (2006).

Assim, analisaram-se os dados à luz destes marcos centrais – a identidade reivindicada por *Si* e seus significativos e a identidade atribuída ao *Outro* generalizado, isto é, a imagem que *Eu* tenho do *Outro* generalizado, que também fazem parte do mesmo grupo profissional ao qual pertencem e a qual aceitam ou renunciam (Figura 10) – dando assim lugar para estratégias ou configurações identitárias quer de identificação (Dubar, 2006; Tap, 1988; Tap et al., 2014; Pinto, 1991) quer de diferenciação (Dubar, 2006) ou identização (Tap, 1988; Tap et al., 2014; Pinto, 1991).

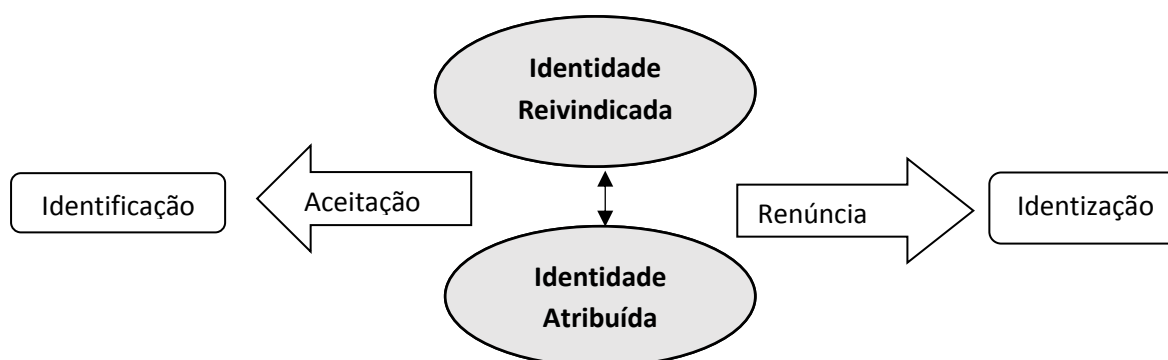
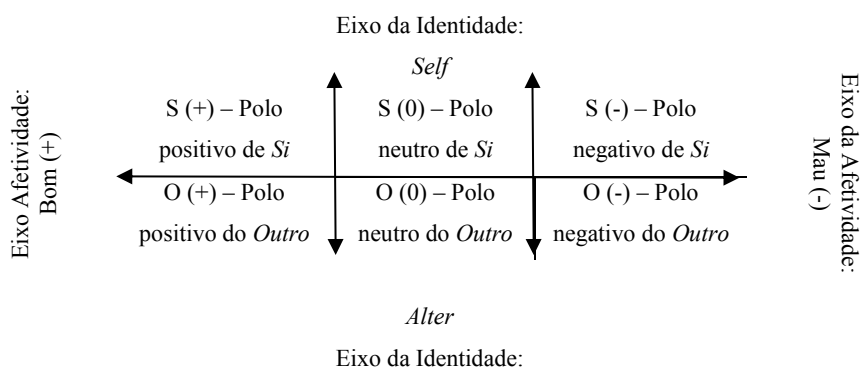


Figura 10. Caracterização da Identificação ou Identização

Segundo Dubar (1997) as instituições atribuem identidades “*virtuais*” que o indivíduo pode ou não incorporar e torná-las identidades “*reais*” de atribuição a si. Deste modo, o indivíduo pode aceitar ou rejeitar as identidades atribuídas, conforme estas coincidam ou não com as identidades reivindicadas e através das contagens das UR conseguem-se identificar egomorfismos ou alomorfismos.

Desta forma, seguiu-se também o trajeto teórico de Zavalloni e Louis Guérin (1984) na identificação de egomorfismos (caraterísticas que se aplicam a *Si*) e alomorfismos (caraterísticas que não se aplicam) no eixo da identidade e nas ressonâncias afetivas positivas, neutras ou negativas no eixo da afetividade (Figura 11).



**Figura 11. Propriedades elementares da identidade - Adaptado de Zavalloni e Louis-Guérin (1984, p. 73)**

Nesta fase, Zavalloni e Louis-Guérin (1984) identificam a possibilidade de encontrar dois eixos, o eixo da afetividade: o bom e o mau e o eixo da identidade: o *Eu* e o *Outro*. Na interseção da afetividade com a identidade, pode-se encontrar não só o pólo positivo de *Si*, as suas valorizações como qualidades, aspirações, competências, e também o pólo positivo do *Outro*, como gostaria de ser; além do pólo negativo de *Si*, as suas desvalorizações ou defeitos, vitimizações e do pólo negativo do *Outro*, as caraterísticas indesejáveis ou contravalores.

Com base nestes pressupostos teóricos, realizou-se a análise dos dados da primeira fase dos inventários como um todo (com um n=102 enfermeiros) e depois, para aumentar a riqueza interpretativa e cognitiva seguiu-se a estratégia de Lopes (1993) ao estudar os indivíduos em grupos conforme estes se posicionavam de forma egomórfica ou alomórfica consigo e com os *Outros* – significativo e generalizado. Deste modo, identificou-se as propriedades elementares da identidade, caraterizando estas opções com as UR que mais se repetem, como pertencentes ao núcleo da identidade.

Através dos resultados dos 102 inventários, reconhece-se que as Identidades dos Enfermeiros resultam da dinâmica entre as Identidades Reivindicada, a Identidade Atribuída, a Identidade Idealizada e a Identidade Rejeitada (Figura 12). A seguir, apresentam-se esses resultados e outros que estão esquematizados no Anexo VIII.

## Identidade de Enfermeiros nos Resultados dos Inventários

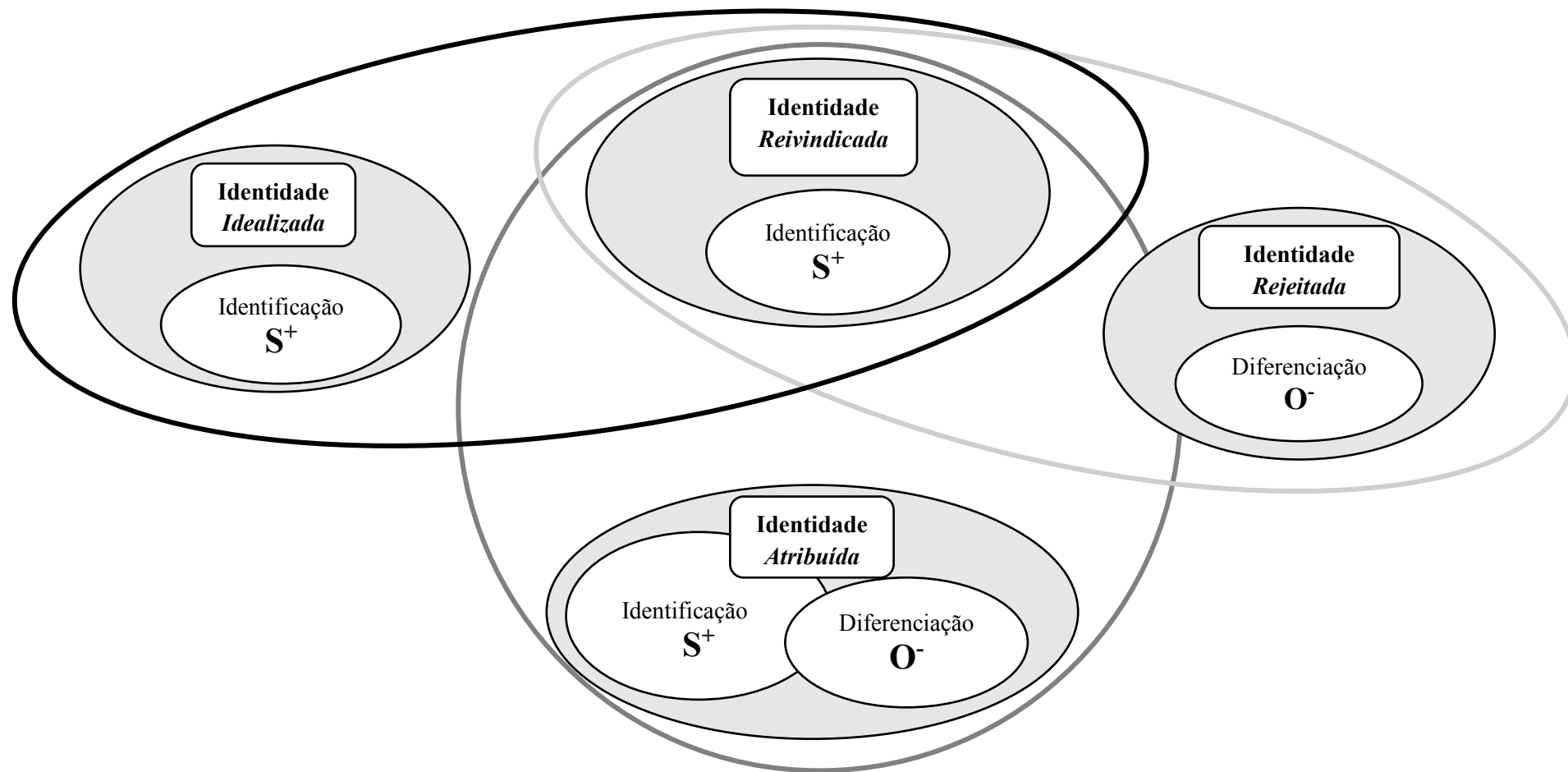


Figura 12. Identidade de Enfermeiros nos Resultados dos Inventários

### Identidade Reivindicada de Enfermeiro nos Resultados dos Inventários

Ao analisar os dados da Identidade Reivindicada dos Enfermeiros que participaram no preenchimento do IIP verifica-se uma predominância de UR do *Self* valorizado e por isso caracterizadas como positivas e essenciais, com uma minoria tanto de UR do *Self* desvalorizado, como de UR do *Alter* valorizado ou desvalorizado (ver Figura 13). Neste sentido, os 102 enfermeiros apresentam uma forte identificação com o grupo profissional dos enfermeiros significativos nos quais quase na sua totalidade se incluem e identificam na sua plenitude (70%) e bastante em 21%.

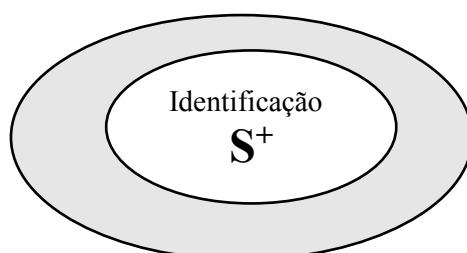


Figura 13. Identidade Reivindicada de Enfermeiros nos Resultados dos Inventários (n=102)

Na Identidade Reivindicada de Enfermeiros, predominam as valorizações, essencialmente as qualidades, as aspirações com destaque para as competências e qualificações profissionais, para a dimensão ética como a responsabilidade, para a dimensão relacional como a empatia, humanização, disponibilidade e dedicação, como para a própria natureza do cuidar como ser cuidador tendo em conta todas as dimensões já referenciadas e com inclusão da dimensão profissional/política como trabalhadores, organizados, polivalentes, importantes, mas mal remunerados. Assiste-se a uma ligeira separação entre identidade reivindicada positiva e valorizada e a desvalorização assente na necessidade de um maior reconhecimento social e económico.

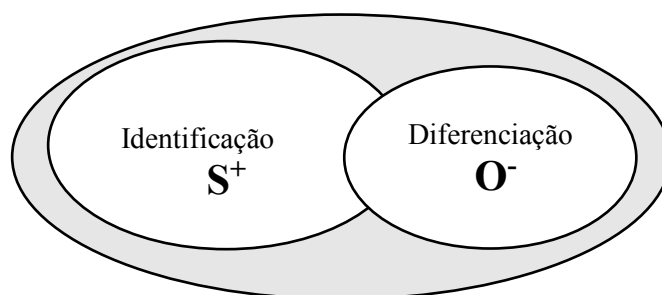
A diferenciação faz-se com uma pequena minoria de 5% que desejava ser indispensável, com um aumento da responsabilidade, inovação e paciência. No entanto, denota-se uma oposição a um *Nós* próximo porque parte do mesmo grupo profissional e ao mesmo tempo distante com a oposição baseada em defeitos de carácter agressivo como submissos, rebaixados, derrotistas, frustrados, desunidos, resistentes, acomodados, autodestrutivos, entre outros.

A Identidade Reivindicada por estes 102 enfermeiros apresenta-se com um grau elevado de egomorfia, em que para o grupo *Nós* Enfermeiros – grupo profissional no qual

os indivíduos se incluem e identificam, são o *Self* e o *Alter* significativo que fazem parte do *Nós* e que apresentam características similares.

### **Identidade Atribuída de Enfermeiro nos Resultados dos Inventários**

Na Identidade Atribuída dos Enfermeiros em estudo, já se verifica uma diminuição no grau de identificação em relação à identidade reivindicada com 50% das UR que se aplicam completamente e 22% de características que não se aplicam, observando-se uma forte identificação com a identidade atribuída de enfermeiros (ver Figura 14).



**Figura 14. Identidade Atribuída de Enfermeiro nos Resultados dos Inventários**

Contudo, muitas das características que sobressaem na identidade reivindicada são comuns como as competências e qualificações profissionais, a responsabilidade, a polivalência, a disponibilidade, a humanização, a empatia, a organização, a importância, trabalhadores e o ser cuidador, mas pressupõe-se que apesar destas características serem comuns, elas não estão presentes nos outros enfermeiros (*Outro* generalizado) da mesma forma ou intensidade.

A diferenciação do *Outro* faz-se relativamente aos defeitos como desunião, egoísmo, ambição, desinteresse, antipatia, pouca iniciativa e predominância técnica.

Apesar de se denotar uma forte identificação com o *Outro* generalizado, esta não é tão elevada como na identidade reivindicada, o que levanta pistas para a existência de algumas configurações identitárias diferentes neste grupo de enfermeiros que merecem ser estudadas.

### **Identidade Idealizada de Enfermeiro nos Resultados dos Inventários**

Na Identidade Idealizada verifica-se um grau de identificação elevado, mas apenas a confirmam na sua completude em 69%, daqui se poderá inferir que estes enfermeiros

apresentam uma grande margem de evolução e desenvolvimento e com o desejo de serem melhores profissionais.

Com efeito, os enfermeiros desejam melhorar as competências e qualificações profissionais; a dimensão relacional como a empatia, a humanização, a simpatia; a dimensão ética como a responsabilidade, os cuidados, a atualização de conhecimentos e melhoramento do sentido de equipa.

No âmbito das qualidades desejadas do *Outro* aponta-se o desejo de ter conhecimentos científicos e teóricos atualizados, serem bem remunerados e apreciados/reconhecidos socialmente, com a vontade de aumentar experiências, confiança, paciência e empatia.

### **Identidade Rejeitada de Enfermeiro nos Resultados dos Inventários**

Quando os enfermeiros são questionados sobre o que pode ser o pior enfermeiro que conseguem conceber, totalmente distante ou até rejeitado, os enfermeiros não perdoam a incompetência, a irresponsabilidade, a desumanização, a conflitualidade, o desinteresse, a arrogância, a ausência de conhecimento e a desorganização.

No entanto, alguns enfermeiros expressam características que não são por eles consideradas desejáveis, mas que possuem como: reivindicativos, supervisores e informados, com a assunção de defeitos como desinteresse, arrogância, desperdício de recursos e má remuneração.

### **Ambientes Formativo e de Trabalho nos Resultados dos Inventários**

Os contextos formativos valorizam-se entre diversas características pela aquisição e atualização de conhecimentos, formação prática e baseada em experiências profissionais. A desvalorização dos contextos formativos passa pela pouca formação prática, os custos, serem repetitivos, as figuras de formadores e professores, a falta de tempo, disponibilidade e oportunidades.

O contexto de trabalho destes enfermeiros é valorizado pelo trabalho de equipa, o bom ambiente, o horário, o relacionamento com os utentes/doentes e restante pessoal de enfermagem, os colegas e as pessoas em geral, os cuidados, o espírito de equipa e a possibilidade de autonomia. A desvalorização do contexto laboral faz-se pela constatação da desorganização, a falta de condições profissionais e físicas, falta de recursos, o trabalho em excesso e os conflitos de equipa.

### **Equipa nos Resultados dos Inventários**

Os enfermeiros participantes desta pesquisa apresentam elevado egomorfismo para a sua equipa e para as outras equipas, havendo um ligeiro grau de diferenciação de 8% na reivindicada para 39% na identidade atribuída equipa.

Na Identidade Reivindicada de Equipa assume-se a definição para *Si* e para a sua equipa como competentes, responsáveis, trabalhadores, profissionais, dinâmicos, disponíveis, organizados, colaborantes, unidos, coesos, interessados, cuidadores, empenhados, simpáticos, atenciosos, amigos e constituírem de facto um grupo com espírito de equipa.

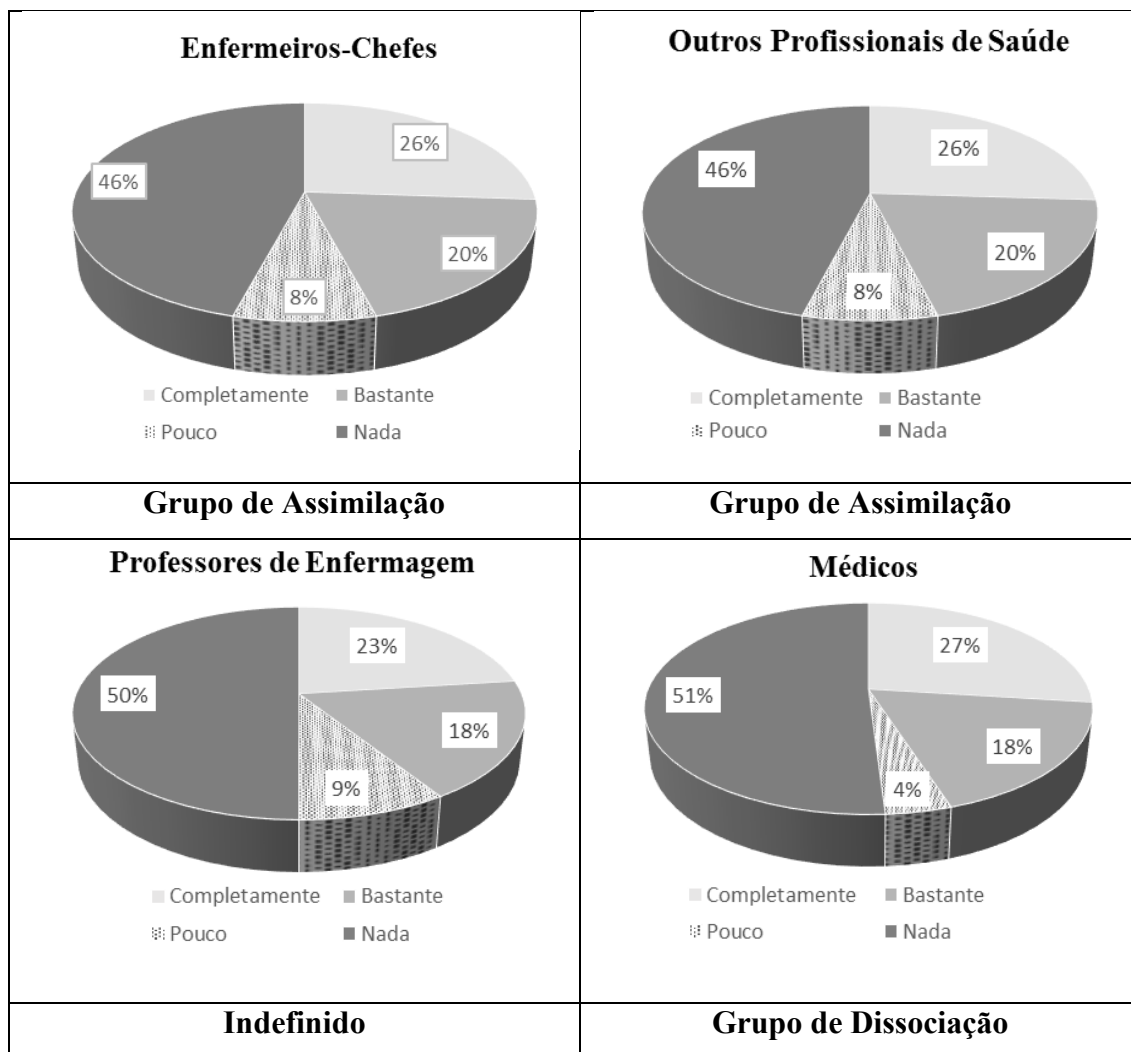
A oposição caracteriza-se pela desunião, competitividade, individualismo, antipatia, pouco interesse nos cuidados, pouca competência, existência de comportamentos desestabilizadores e o trabalhar por objetivos.

Na Identidade Atribuída Equipa observa-se um aumento ligeiro de oposição, os enfermeiros caracterizam as outras equipas além de competentes, responsáveis, trabalhadores, profissionais, dinâmicos, disponíveis e organizados, colaborantes, também como cumpridores e com valorização nos cuidados. A diferenciação faz-se através da desunião e da competitividade.

### **Outros Profissionais nos Resultados dos Inventários**

No inventário, solicitava-se aos participantes que se posicionassem quanto aos outros grupos, sugeriu-se os professores de enfermagem, os enfermeiros-chefes, os médicos e os outros profissionais de saúde, neste último dando a possibilidade de explicitar a qual grupo se referiam.

Os enfermeiros que responderam ao inventário, apresentam egomorfismo para os enfermeiros-chefes e outros profissionais de saúde, mostraram-se indefinidos para os professores de enfermagem e apresentaram ligeiro alomorfismo para os médicos (gráfico 1).



**Gráfico 1. Grupos de Assimilação e Dissociação**

O grupo dos **enfermeiros-chefes** é considerado como grupo de assimilação, com apreciação essencialmente da sua responsabilidade, exigência, competência, organização, justiça, experiência, disponibilidade e o facto de serem gestores, orientadores e líderes da equipa. No entanto, estes enfermeiros distanciam-se dos enfermeiros-chefes que são autoritários, submissos, injustos, parciais, prepotentes, pouco líderes e apenas gestores, distantes e ausentes da prática, reservados ao gabinete e superiores hierárquicos.

O grupo dos **outros profissionais de saúde** também foi considerado grupo de assimilação, com referência aos assistentes operacionais além de estarem incluídos outros grupos em menor quantidade. O grupo dos enfermeiros que participaram no preenchimento do inventário identificam-se em parte com algumas características que atribuem a estes profissionais, como o serem trabalhadores, competentes, importantes para a equipa, colaboradores, simpáticos, responsáveis, atenciosos, profissionais, humanos e dedicados. Nas características que se opõem e que mencionam que estes grupos

possuem são: a pouca formação, desconhecedores das funções dos enfermeiros, distantes, incompetentes, desinteressados na equipa, desorganizados e pouco acessíveis.

O grupo dos **professores de enfermagem** é considerado um grupo indefinido, com 50% de identificação e 50% de diferenciação. Os professores são reconhecidos pelos conhecimentos científicos e práticos, pela sua exigência e competência e são considerados detentores teóricos, responsáveis e orientadores dos alunos. Os enfermeiros que participaram nesta pesquisa distanciam-se deste grupo pelo facto de considerarem os professores pouco conhecedores da prática e por isso teóricos, com pouca experiência na carreira de enfermagem e distantes da realidade.

Os **médicos** são o grupo de oposição considerados como colegas, profissionais competentes e unidos, mas desorganizados, autoritários, prepotentes, arrogantes, profissionais privilegiados, intocáveis, pouco humanos, distantes e ausentes da equipa, prescritores e centrados na doença.

### **Influências Reconhecidas nos Resultados dos Inventários**

Os enfermeiros são mais vezes reconhecidos como influenciando positiva e negativamente os seus pares que responderam ao inventário.

Os enfermeiros apresentam elevado grau de identificação com as pessoas que reconhecem as suas influências positivas e apreciam os seus conhecimentos, as competências, disponibilidade, experiência, dedicação, espírito de ajuda, companheirismo, humanização, partilha, respeito, compreensão, responsabilidade, motivação e amizade. Os enfermeiros que influenciam negativamente estes enfermeiros são caracterizados com um elevado grau de diferenciação, baseado na incompetência, inveja, desmotivação, desinteresse, conflitos, egoísmo, intolerância, indisponibilidade, irresponsabilidade, rivalidade e falta de liderança e conhecimentos. Verifica-se algum grau de identificação de 3% com a falta de liderança na profissão.

### **Síntese**

Neste conhecimento preliminar acerca dos grupos de assimilação e dissociação poderemos encontrar já algumas definições, mas surge a necessidade de partir para a definição das diversas identidades que se cruzam.

Como se pôde verificar apesar de já se conseguirem realizar algumas análises do que é ser enfermeiro e enfermeiros, do conceito de equipa e de equipas, algumas noções

de influências profissionais e o conceito de imagem idealizada ou rejeitada de enfermeiro, encontram-se principalmente nos dados iniciais alguns estereótipos, julgamentos sociais e até UR com importância cognitiva fraca, mas após se examinarem os dados do 2º grau já é possível reconhecer as influências sociomotivacionais e iniciar o processo de descoberta das influências profissionais

Com este conhecimento inicial e geral conseguiu-se uma caracterização global da amostra, sem, no entanto, alongar estas definições e interligações, pois a totalidade da amostra não terminou o método de Zavalloni e Louis-Guérin para poder realizar muitas inferências em conjunto. De facto, com o propósito de conhecer os conteúdos da representação do indivíduo e do *Outro*, tal como as conexões que se efetuam entre o *Self* e o *Alter*, partiu-se para a estratégia que Lopes (1993) utilizou para encontrar tipologias de identidade baseadas no grau de egomorfismo e alomorfismo manifestado pelas respostas do inventário.

Assim, surgiram matrizes ou tipologias de identidade denominadas como: Identidade de Manutenção, Identidade Relacional, Identidade de Negociação e Identidade Profissionalização que foram analisadas segundo esta ordem, de acordo com o número de indivíduos que as constituem, como pode ser observado pela seguinte figura (Figura 15). Apesar de se reconhecer a existência de outras identidades remanescentes (7 tipos de identidades em oito enfermeiros), estas não se analisaram de forma exaustiva, devido à pouca adesão neste grupo de enfermeiros que participaram no estudo.



Figura 15. Tipologias de Identidade de Enfermeiros nos Resultados dos Inventários (n=102)

Prosseguiu-se esta análise na ordem mencionada e percorreram-se as significações, as conexões e as influências dos grupos sobre o indivíduo. Denominou-se Identidade de Manutenção, ao grupo que apresentava egomorfismo para enfermeiros e equipa, devido à predominância marcada de egomorfismo por estes profissionais. Atribuiu-se a nomenclatura de Identidade Relacional, aos enfermeiros que apresentam egomorfismo para enfermeiros e alomorfismo para outras equipas, pelo marcado posicionamento destes enfermeiros nos aspetos atribuídos à relação e por vezes à vocação para se exercer enfermagem. Intitulou-se Identidade de Negociação, o grupo de enfermeiros que refere alomorfismo para outros enfermeiros e outras equipas, perante a franca possibilidade destes enfermeiros terem de efetuar negociações constantes dentro e fora do seu grupo profissional. A Identidade de Profissionalização refere-se a enfermeiros que exibem alomorfismo para outros enfermeiros e egomorfismo equipas, e a designação surgiu na emergente categorização destes enfermeiros como profissionais de saúde competentes.

Nas apresentações das propriedades elementares das quatro identidades mais frequentes neste estudo, procedeu-se à apresentação e análise dos dados do IIPS segundo as seguintes dimensões: Ser Enfermeiro, Identidades Idealizada e Rejeitada de Enfermeiro, Ambientes Formativo e de Trabalho, Influências de Equipa, Influências de Grupos e Influências Reconhecidas.

## 2.1. Propriedades elementares da Identidade Manutenção

Os sujeitos identificam-se positivamente com o grupo de enfermeiros e com as equipas e maioritariamente, fazem-no positivamente com os professores, com os enfermeiros-chefes, com os médicos e com os outros profissionais de saúde. Os dados deste subcapítulo, respeitantes a esta tipologia de identidade, encontram-se tratados em anexo (Anexo IX).

Este grupo de enfermeiros (53) é constituído, maioritariamente, por indivíduos do sexo feminino (42) que trabalha em Centros de Saúde (31) com a maior parte do seu percurso profissional nos Hospitais (38). Apresentam uma média de idades de 38,85, um

desvio padrão de 5,340, com uma idade mínima de 31 e máxima de 51; uma média de tempo de serviço de 16,77 anos, com um desvio padrão de 4,742 e um mínimo de 10 e máximo de 26 anos. Trabalham na sua maioria no distrito do Porto e estão distribuídos geograficamente segundo a seguinte tabela:

**Tabela 4. Distribuição Geográfica na Identidade de Manutenção**

Área Geográfica		Frequência	Percentagem
Válido	Braga	11	20,8
	Coimbra	1	1,9
	Faro	5	9,4
	Porto	36	67,9
	<b>Total</b>	53	100,0

Quanto à sua formação, possuem desde o Bacharelato (1), passando pela Licenciatura (45) até ao Mestrado (7) e 22 enfermeiros possuem Pós-Graduações. Quatro enfermeiros estavam em formação no momento da aplicação do instrumento de recolha de dados, três dos quais a frequentar o Doutoramento e um a frequentar um Curso em Hemodiálise.

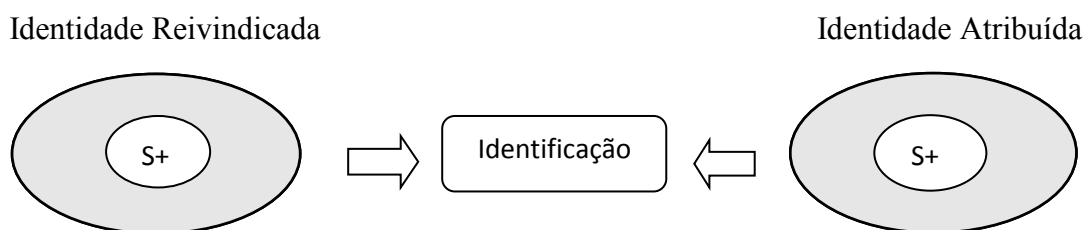
### **Ser Enfermeiro na Identidade de Manutenção**

Neste grupo ao qual pertence um pouco mais de metade da amostra (53 enfermeiros), apresenta egomorfismo para a identidade reivindicada e a identidade atribuída, com um grau de identificação na sua completude muito semelhante (67,69% e 64,97% respetivamente), com a predominância de qualidades muito semelhantes que são utilizadas para se descrever e descrever o *Outro* como enfermeiro. Essas semelhanças surgem tal como acontecia na análise de dados dos inventários na sua totalidade, pelo facto deste grupo se encontrar em maior proporção.

As UR mais frequentemente utilizadas coincidem: nas competências profissionais, na dimensão ética a responsabilidade; na dimensão relacional a empatia, disponibilidade, humanização, atenção, presença; na dimensão da natureza do cuidar o ser cuidador e a na dimensão profissional/social como o serem trabalhadores e importantes.

Na Identidade Reivindicada destacam-se algumas pequenas diferenças em relação à atribuída que passam pela qualificação e a polivalência. Na Identidade Atribuída a diferença é caracterizada pela amizade, a ajuda, a equipa e a referência ao utente.

As UR que os enfermeiros identificam para se distanciarem na identidade reivindicada e na atribuída diferem pouco quer em número, quer na caracterização, com uma percentagem reduzida de 3,59% e 5,08% respetivamente.



**Figura 16. Identidade de Enfermeiros na Identidade Manutenção**

Assiste-se neste grupo de enfermeiros à aceitação da Identidade Atribuída do seu grupo profissional, que pouco difere e até com uma grande coincidência da sua identidade reivindicada do que é ser enfermeiro e enfermeiros significativos e generalizado (Figura 16). Tencionava-se saber se este fenómeno se repetia na identidade de equipa. Todavia, urge a contextualizar estes enfermeiros quanto aos seus ambientes de formação e de trabalho e conhecer quais os ideais de enfermeiro preconizados e as rejeições de enfermeiro.

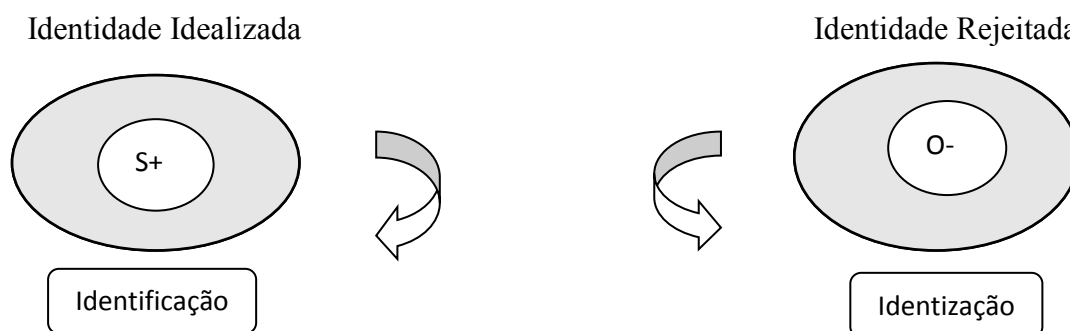
### **Identities Idealizada e Rejeitada de Enfermeiro na Identidade de Manutenção**

O enfermeiro ideal para estes enfermeiros possui essencialmente qualidades, as quais se identificam maioritariamente (69,68%) como se aplicando totalmente a *Si* e foi esta uma das categorias analisadas que obteve maior número de UR nas qualidades ou aspirações.

As qualidades mais admiradas no enfermeiro ideal são as competências, o ser cuidador, organizado, cumpridor, dinâmico, interessado e possuidor de conhecimentos científicos, a dimensão ética com a responsabilidade e o ser ético e a dimensão relacional como a empatia, humanização, disponibilidade, simpatia, bom amigo e com uma boa equipa. Apenas um enfermeiro se diferencia na sua totalidade do enfermeiro ideal, apontando que gostaria de ser confiante e possuir conhecimentos científicos atualizados.

A Identidade Rejeitada no enfermeiro baseia-se num indivíduo incompetente, irresponsável, desinteressado, desumano, arrogante, antipático, conflituoso, pouco profissional e possuidor de conhecimentos científicos desatualizados.

Também na Identidade Rejeitada houve um indivíduo que apesar de referir como qualidades que se aplicam - colaborador, supervisor e executor - elas não são valorizadas na profissão de Enfermagem e até são rejeitadas por este indivíduo.



**Figura 17. Identidade Idealizada e Rejeitada na Identidade de Manutenção**

Observa-se uma elevadíssima identificação com a identidade idealizada de enfermeiro, a qual apresenta essencialmente aspirações e uma completa identização com a identidade rejeitada de enfermeiros com contravalores dos enfermeiros desta identidade (Figura 17).

### **Ambientes Formativo e de Trabalho na Identidade de Manutenção**

Quando solicitados para caracterizar os seus contextos de formação, os enfermeiros deste grupo referiram-se uns à formação académica e outros à formação contínua.

Os pontos fortes apontados aos seus contextos de formação prevalecem (133 UR) em relação aos pontos fracos (126 UR). Distingue-se a aquisição e atualização de conhecimentos, com aplicação prática, para o aumento de competências, conhecimentos teóricos e alguns professores.

Os pontos fracos mais verbalizados são: pouca formação contínua com temáticas que não satisfazem as suas necessidades, pouco tempo e horários não compatíveis, os custos dessas formações, muitos conteúdos pouco ligados à prática e alguns professores que as ministram.

Denota-se nesta identidade uma grande valorização da instrumentalização da formação e do conhecimento - a formação é desejada se tiver aplicação direta à prática profissional e o reconhecimento dos professores de enfermagem como agentes de motivação ou desmotivação da formação.

Também se procurou conhecer quais os pontos fortes e os pontos fracos do contexto de trabalho destes enfermeiros, que nos levou para a caracterização dos seus ambientes profissionais.

Apesar de serem apontadas e valorizadas condições objetivas como as boas condições físicas, o horário e a proximidade, as UR mais verbalizadas são: os aspetos psicossociais que adquirem importância na caracterização do ambiente de trabalho como a equipa, os relacionamentos, os colegas, o bom ambiente, a organização, a possibilidade de trabalhar com utentes/doentes e a autonomia.

Quanto aos pontos fracos apontados ao contexto de trabalho, estes prendem-se essencialmente com as condições objetivas tais como a falta de recursos, o excesso de trabalho e as más condições físicas; as condições organizativas como a burocracia, a desorganização, a articulação e a rotina e as relações como a falta de respeito, a comunicação e a pressão.

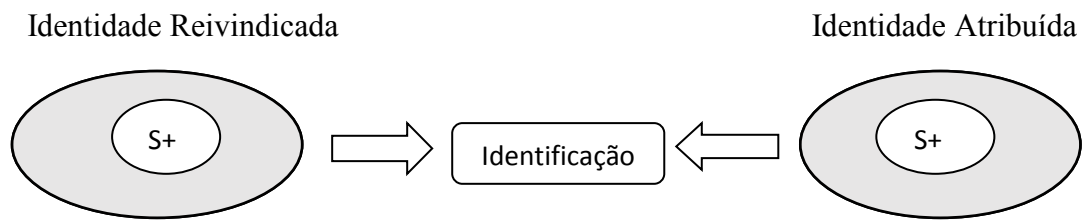
Neste sentido, estes enfermeiros valorizam principalmente no ambiente de trabalho as condições psicossociais, que são proporcionadoras não só de motivação, mas também de desmotivação laboral.

### **Influências da Equipa de Enfermagem na Identidade de Manutenção**

Na Identidade Reivindicada para a sua Equipa, este grupo de enfermeiros apresenta-se com uma aproximação à identidade reivindicada de enfermeiros, com um grau quase semelhante e até coincidente nas UR. As UR que surgem na identidade reivindicada de equipa diferentes da identidade reivindicada de enfermeiros prende-se com a união, dinamismo, coesão, interesse, empenho e como era expectável a equipa.

Na Identidade Atribuída à Equipa apesar de se manterem algumas das similaridades, já se verifica um menor grau de identificação, tanto no aumento de oposição que passou de 3,89% na reivindicada equipa para 9,16% na atribuída equipa, como na utilização de algumas características para descrever a Identidade Atribuída Equipa como: organização, colaboração, assunção de capacidades, comunicação, lutadores e cumpridores.

Enquanto na Reivindicada Equipa se apela a uma equipa mais empenhada e dinâmica, já a Identidade Atribuída à Equipa assenta nas suas capacidades de enfrentarem situações de exigência profissional.

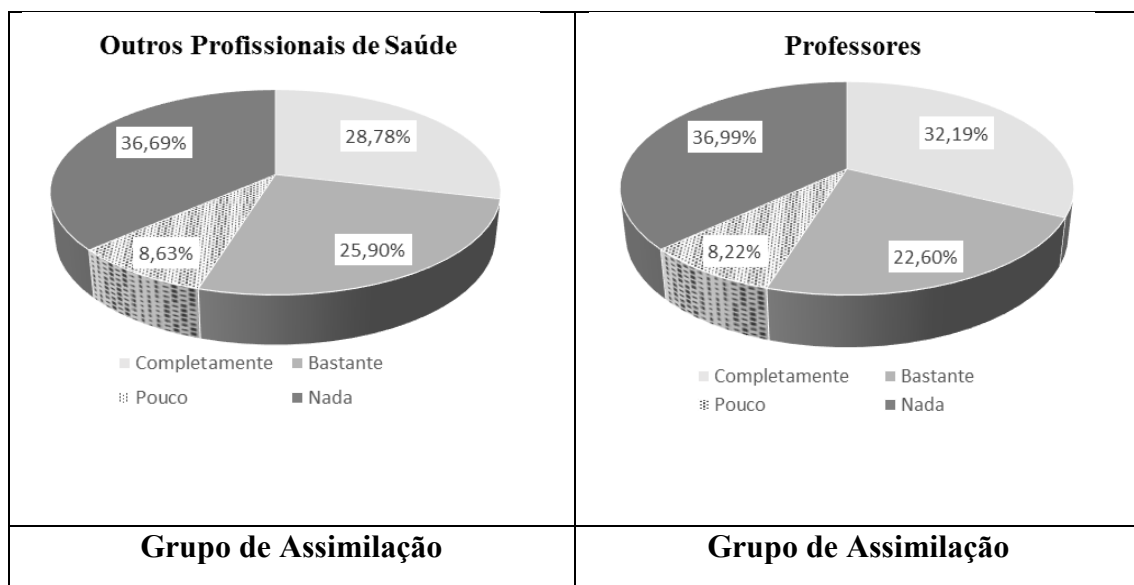


**Figura 18. Identidade de Equipa na Identidade de Manutenção**

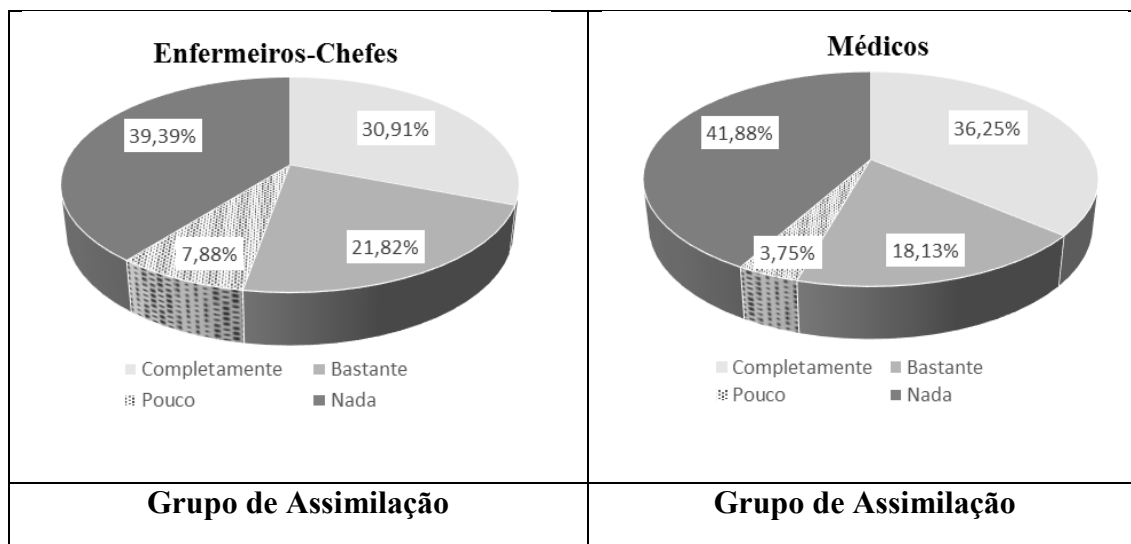
Na identidade de equipa também se mantém a aceitação da Identidade Atribuída como Equipa e até coincidente com a Reivindicada, apesar de se encontrar uma ligeira diferença entre a equipa à qual o enfermeiro pertence e as outras equipas (Figura 18). No sentido de se conhecer como estes indivíduos reconhecem as influências de outros grupos parte-se para a descoberta nas linhas seguintes.

### **Influências de Grupos na Identidade de Manutenção**

O grupo de enfermeiros que foi denominado de identidade de manutenção apresenta uma predominância egomórfica para todos os grupos inquiridos. Todavia, apresenta um grau elevado de egomorfismo para outros profissionais, seguido dos professores de enfermagem, posteriormente para os enfermeiros-chefes, e a seguir, os médicos (Gráfico 2).



**Gráfico 2. Grupos de Assimilação e Dissociação na Identidade Manutenção**



**Gráfico 2. Grupos de Assimilação e Dissociação na Identidade Manutenção (continuação)**

Os enfermeiros deste grupo quando se referem aos **outros profissionais de saúde** mencionam essencialmente os assistentes operacionais e técnicos, apesar de haver também referência a outros profissionais de saúde licenciados. Este grupo apresenta um grau de diferenciação dos outros profissionais de saúde (36,69%) quase idêntico ao dos professores de enfermagem (36,99%), com um egomorfismo marcado.

Nesta identidade-tipo, os enfermeiros veem os outros profissionais de saúde como colegas que fazem parte da equipa e por isso competentes, trabalhadores, colaboradores, empenhados, responsáveis, importantes, fundamentais e até essenciais. O forte laço dos outros profissionais de saúde, mais precisamente os assistentes operacionais, à equipa pode advir do contacto longo e das relações laborais que se estabelecem para bem da pessoa cuidada.

De maneira que, também neste grupo é percecionada a dimensão relacional com qualidades como simpáticos, dedicados, atenciosos, humanos e disponíveis, mas que se atribuem de uma forma ou intensidade distinta dos enfermeiros com 28,78% de identificação na sua plenitude.

No espaço do *Outro* desvalorizado (36,69%) surgem fundamentalmente defeitos como: pouca formação, desconhecedores das funções dos enfermeiros, distantes, incompetentes, desinteressados na equipa e no trabalho. Apesar de serem vistos como membros importantes na equipa, também apresentam contravalores aos dos enfermeiros.

Os **professores de enfermagem** também são visualizados como grupo de assimilação nesta tipologia de identidade com um grau de 36,99% de oposição.

As UR do espaço do *Si* valorizado, isto é, os valores mais apontados são: a exigência, a competência, detentores de conhecimentos teóricos/científicos, sábios, pessoas que ensinam os enfermeiros, visualizados como exemplos, informados, fundamentais, empenhados, perspicazes e avaliadores. As qualidades apontadas apresentam um grau superior de identificação ao grupo dos outros profissionais de saúde na sua completude (32,19%).

Os contravalores identificados no espaço do *Outro* desvalorizado predominam defeitos como: muito teóricos, pouco conhecedores da realidade prática e pouca experiência clínica.

Assiste-se a um elevado grau de egomorfismo para este grupo profissional, que poderia ser maior se não fosse visualizado por estes enfermeiros o desfasamento entre a teoria e a prática dos professores de enfermagem.

Os **enfermeiros-chefes** são vistos por este grupo como líderes e gestores, exigentes, mas também orientadores, justos e responsáveis, com competências profissionais e fazendo parte da equipa, com predominância de qualidades que se aplicam a *Si* como enfermeiros e aos enfermeiros-chefes.

Apesar de haver predominância de egomorfismo, já se denotam alguns traços de diferenciação (39,39%) sendo identificados em alguns enfermeiros-chefes práticas injustas, autoritárias, pouco líderes, parciais, submissos, prepotentes, ausentes, desatualizados, pouca prática e com a constatação destes vocábulos pertencentes ao espaço do *Outro* desvalorizado com defeitos. Apesar disso, também se verificaram algumas qualidades que alguns enfermeiros referem não possuir como capacidade de liderança, defensores dos enfermeiros e serem superiores.

Os enfermeiros-chefes são percebidos por estes enfermeiros como grupo de assimilação e até como líderes e orientadores, a distanciação que fazem deste grupo profissional parte da ausência de liderança de alguns enfermeiros-chefes.

Os enfermeiros desta tipologia de identidade são caracterizados pelo elevado grau de egomorfismo para todos os grupos profissionais, o que se repete no grupo profissional dos **médicos**, apesar de este ser o grupo que apresenta maior distanciamento com um grau de diferenciação de 41,88%.

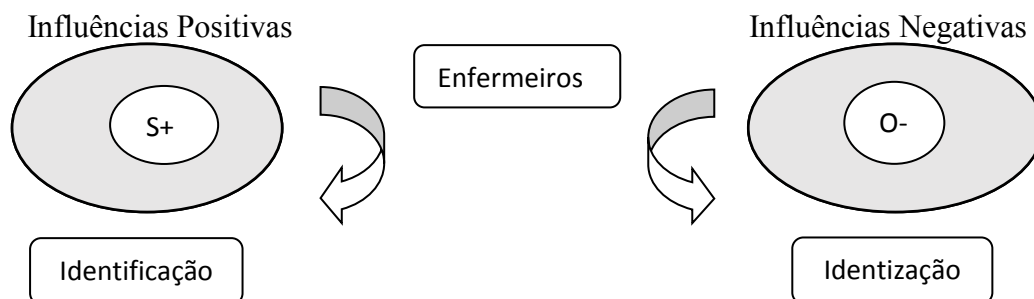
As qualidades que estes enfermeiros identificam nestes profissionais e que se aplicam também a eles com um grau de completude de 36,25%, são: serem profissionais competentes, colegas de equipa, unidos, inteligentes e responsáveis.

No espaço do *Outro* desvalorizado sobressaem as dificuldades organizativas, exemplos disso são o serem desorganizados, desleixados e resistentes à mudança, com julgamentos sociais como serem elitistas e privilegiados, e a dimensão relacional como prepotentes, pouco empáticos, dificuldade na relação com o doente e que sabem da doença.

Verifica-se novamente o sentido forte de equipa nestes enfermeiros, mas com distanciamento relativamente aos médicos nas áreas relacionais, organizacionais e o julgamento social pelo facto de ser considerada uma classe profissional privilegiada em relação a outras profissões da saúde.

### **Influências Reconhecidas na Identidade de Manutenção**

Este grupo de enfermeiros reconhece que as pessoas que os influenciaram positiva e negativamente - influências explícitas e reconhecidas por este grupo de enfermeiros - são os seus pares.



**Figura 19. Influências Reconhecidas na Identidade de Manutenção**

Denota-se um grau muito elevado de identificação destes enfermeiros com 68,66% de plenitude nos enfermeiros que os influenciaram positivamente (Figura 19). Assim, percebe-se nos enfermeiros que influenciam estes enfermeiros enquadrados na identidade de manutenção como o *Outro* significativo, apesar de reconhecerem *Outros* intervenientes neste processo de influências, mas menos frequentemente.

As qualidades que os enfermeiros apontam nestes pares e que coincidem com as suas qualidades num grau elevado de completude, determinam essas fortes influências, nomeadamente, nas competências, conhecimentos e experiências, na dimensão ética como a responsabilidade, mas também na dimensão relacional com os pares como a

disponibilidade, o companheirismo, a dedicação, a ajuda, a amizade e a transmissão de saberes.

No entanto, também são os enfermeiros – o *Outro* – que influenciam negativamente, com um grau elevado de alomorfismo e uma diferenciação de 87,6% (Figura 19). Os defeitos apontados são: a incompetência, a irresponsabilidade, a desatenção, o desinteresse, os conflitos, a indisponibilidade, a inveja, a antipatia, a falta de liderança, de comunicação, de colaboração e de reconhecimento, com resistência à mudança e um relacionamento de rivalidade e falsidade.

Quanto ao espaço do *Si* desvalorizado, encontra-se em minoria de assunção de defeitos que também possuem tais como: os hábitos rotineiros, a desmotivação e um futuro incerto.

Neste sentido, pode inferir-se que as influências positivas de enfermeiros de forma significativa são de facto as mais valorizadas e reconhecidas, com uma grande identificação de enfermeiros portadores de conhecimentos, experiências e competências, que partilham estas qualidades e saberes num relacionamento profissional de proximidade.

## 2.2. Propriedades elementares da Identidade Relacional

Os sujeitos identificam-se como enfermeiros e com os *Outros* enfermeiros - egomorfismo, mas não identificam a sua equipa com as outras - alomorfismo, denotando-se a existência de subgrupos em que a sua equipa apresenta qualidades e as outras equipas apresentam essencialmente defeitos. Os dados deste subcapítulo, respeitantes a esta tipologia de identidade, encontram-se tratados em anexo (Anexo X).

Este grupo de enfermeiros (21) é constituído, na sua maioria, por indivíduos do sexo feminino (16), que trabalha em hospitais (12) com a maioria do seu percurso profissional passado nos hospitais (14). Apresentam uma média de idades de 39,29, um desvio padrão de 5,943, com um mínimo de idades de 31 e máximo de 50; uma média de tempo de serviço de 16,76 anos, com um desvio padrão de 5,281 e um mínimo de 10 e máximo de 27 anos. Estes profissionais trabalham na sua maioria no distrito do Porto e estão distribuídos geograficamente segundo a seguinte tabela:

**Tabela 5. Distribuição Geográfica na Identidade Relacional**

Área Geográfica		Frequência	Percentagem
Válido	Faro	1	4,8
	Porto	17	81,0
	Vila Real	3	14,3
	<b>Total</b>	21	100,0

Quanto à sua formação, 1 enfermeiro possui o grau de Bacharel; 17 possuem o de Licenciatura; 2 o Mestrado; 1 o Doutoramento; destes, 6 enfermeiros possuem ainda Pós-Graduações e 9 enfermeiros estavam em formação no momento da aplicação do instrumento de recolha de dados nas áreas referenciadas na tabela abaixo:

**Tabela 6. Frequência de Formações na Identidade Relacional**

Frequência de Formações		Frequência	Percentagem
Válido	Sem Frequência	12	57,1
	Controlo infeção	1	4,8
	Curso Formação de Formadores	1	4,8
	Doutoramento	1	4,8
	Formador SAV	1	4,8
	Mestrado	3	14,3
	Pós-Licenciatura	1	4,8
	Pós-Doutoramento	1	4,8
	<b>Total</b>	21	100,0

### **Ser Enfermeiro na Identidade Relacional**

No grupo de enfermeiros que constitui esta identidade-tipo denominada de Identidade Relacional, existe uma forte identificação aos enfermeiros, com um grande número de UR no espaço do *Si* valorizado (58).

As qualidades que mais surgiram foram: a responsabilidade na área da ética, mas também as competências, o serem profissionais de saúde qualificados, inteligentes e organizados, com predomínio nas características da área relacional como a disponibilidade, a humanização, a compreensão, preocupados, ouvintes e dedicados.

A percentagem de 5,8% reflete o pouco distanciamento existente da profissão de Enfermagem, apontando como defeitos do *Outro* o facto de serem: rebaixados, insuficientes, subaproveitados, mas indispensáveis.

A Identidade Atribuída aos enfermeiros apresenta uma oposição ligeiramente menor (4,76%) porque este grupo refere-se a qualidades que não se aplicam e não defeitos do *Outro* como: fazerem-se respeitar, serem críticos e honestos.

Todavia, as qualidades do *Outro* que se aplicam a *Si* na sua totalidade estão menos presentes, de 69,57% na identidade Reivindicada para 63,49% na Identidade Atribuída. Apesar da repetição de algumas qualidades como a competência, a disponibilidade, a responsabilidade, o serem profissionais, destacam-se outras qualidades como serem simpáticos, amigos, prestáveis, anjos, prestam cuidados, colaboradores, interessados, mas mal remunerados.



**Figura 20. Identidade de Enfermeiros na Identidade Relacional**

Surge nesta identidade uma forte valorização da Identidade Atribuída, que se aceita e até se aspira a uma identidade como a do *Outro* generalizado (Figura 20). Este anseio assenta na componente relacional e até vocacional, que impele para a descoberta do que este grupo profissional considera ser o enfermeiro ideal e a identidade rejeitada de enfermeiro.

### **Identidade Idealizada e Rejeitada de Enfermeiro na Identidade Relacional**

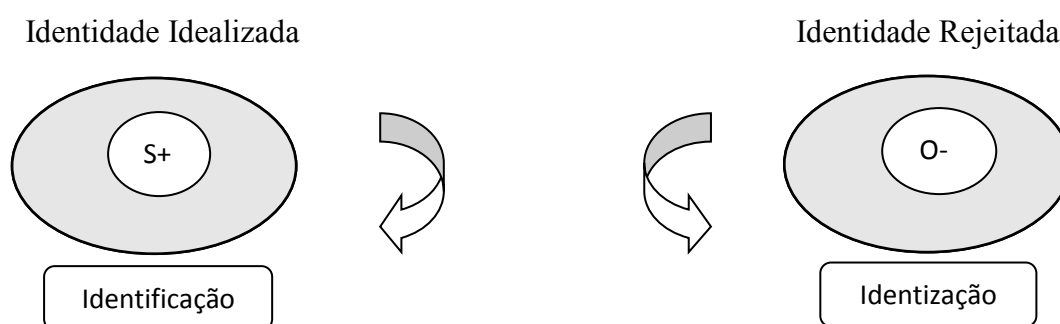
A Identidade Idealizada por este grupo de enfermeiros reforça uma identidade muito ligada aos aspetos relacionais, facto que caracteriza esta identidade.

As referências positivas que se aplicam totalmente estão maioritariamente presentes (77,14%) e que são deveras desejáveis como: a competência profissional, a qualificação, responsável e com conhecimentos científicos e técnicos, predominando a dimensão

relacional: o bom ouvinte, o observador, o empático, o simpático, o que sabe do outro e do doente, e o que valoriza o respeito.

As qualidades que alguns destes enfermeiros não possuem e gostariam de ter são: serem bem vistos socialmente e bem remunerados.

Na Identidade Rejeitada para o profissional de enfermagem não existe qualquer identificação, mas um distanciamento total (Figura 21). Desta forma, estes enfermeiros não concebem o enfermeiro com os seguintes defeitos: conflituoso, desumano, irresponsável, antipático, autoritário, insensível, preguiçoso, desorganizado, com incompetência científica e técnica e ser um mau profissional.



**Figura 21. Identidade Idealizada e Rejeitada na Identidade Relacional**

Continuam a prevalecer os aspetos relacionais quer na idealização, quer na rejeição de ser enfermeiro, que confirma a caracterização deste grupo como identidade relacional.

### **Ambientes Formativo e de Trabalho na Identidade Relacional**

Os enfermeiros deste grupo quando se referiram ao seu contexto formativo também se pronunciaram uns acerca da formação contínua e outros da formação académica.

Os pontos fortes apontados são: novos conhecimentos, formação contínua, novas aprendizagens tendo em conta as necessidades, o despertar para ser crítico, evoluir profissionalmente, possibilidade de mudança, temas e áreas específicas.

Os pontos fracos referem-se à falta de tempo, de disponibilidade, de aplicação prática da formação dos enfermeiros, a ausência de carreira e alguns professores.

O ambiente de trabalho destes enfermeiros caracteriza-se pelo bom ambiente, o trabalho com os utentes, a equipa e a enfermagem, os cuidados, a proximidade, os relacionamentos, as condições de prestação de cuidados e o horário de trabalho.

Os pontos fracos existentes no local de trabalho deste grupo de enfermeiros são apontados principalmente aos *Outros* como sendo conflituosos, desorganizados e em relação às condições objetivas indicam a falta de recursos, as condições de trabalho, a falta de estrutura e a ausência de espaço. Referem problemas ao nível da exigência, da privacidade, do tempo, da desmotivação e da pouca remuneração, apontando alguns profissionais de saúde como os assistentes técnicos como causa de problemas laborais.

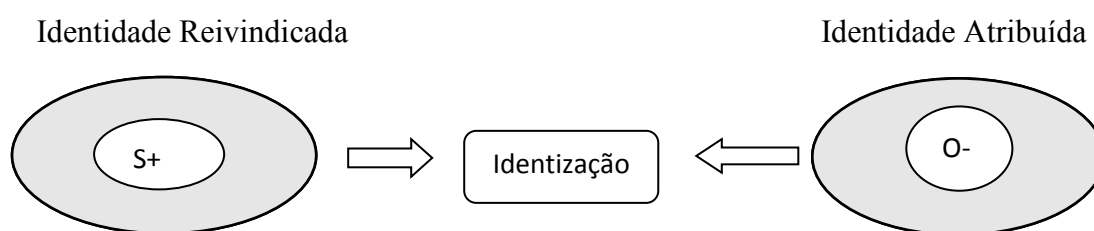
A formação é visualizada para além do desenvolvimento pessoal, também como forma de evolução e progressão profissional, desvalorizada nestes últimos anos pela ausência de progressão na carreira. Como pontos fracos do contexto de trabalho surgem ainda a desmotivação e as condições de trabalho, pontos fracos superados pelos bons relacionamentos nos locais de trabalho.

### **Influências de Equipa na Identidade Relacional**

A Identidade de Equipa Reivindicada por estes profissionais possui qualidades de caracterização de uma equipa de saúde como: união, coesão, equipa, grupo, responsabilidade, trabalhadores, competentes, qualificados, simpáticos com os outros elementos da equipa, com o doente e com a família.

No entanto, apontam 7,26% de defeitos que se distanciam de *Si* pertencentes ao espaço do *Outro* desvalorizado como serem: dependentes, interdependentes, comodistas, polémicos e que alguns não olham a meios para atingir os seus fins.

Apesar de valorizarem a sua equipa de trabalho, ela também possui elementos que se distanciam do *Si* em certos comportamentos manifestados (Figura 22).



**Figura 22. Identidade de Equipa na Identidade Relacional**

Nesta identidade-tipo, visualiza-se noutras equipas o espaço do *Outro* desvalorizado, isto é maioritariamente com defeitos (81,26%) que não se aplicam a *Si* ou à sua equipa como: a desunião, a competitividade, o individualismo, o serem submissos, pouco disponíveis, pouco sentido de equipa e de trabalho.

Porém, também se verifica a identificação com UR como: competentes e qualificados, conscientes, cumpridores, fixos, trabalhadores, mas individualistas, complexos e esquecidos.

Na Identidade Atribuída de Equipe, já se verifica um espírito mais crítico, em que se aumenta a autoestima da sua equipa em detrimento de outras, atribuindo às outras equipas uma oposição marcante.

### Influências de Grupos na Identidade Relacional

Nesta identidade relacional os enfermeiros apresentam alomorfismo para todos os outros grupos profissionais que se passam a nomear por ordem crescente de grau de diferenciação: enfermeiros-chefes, outros profissionais de saúde, professores e por último os médicos (Gráfico 3).

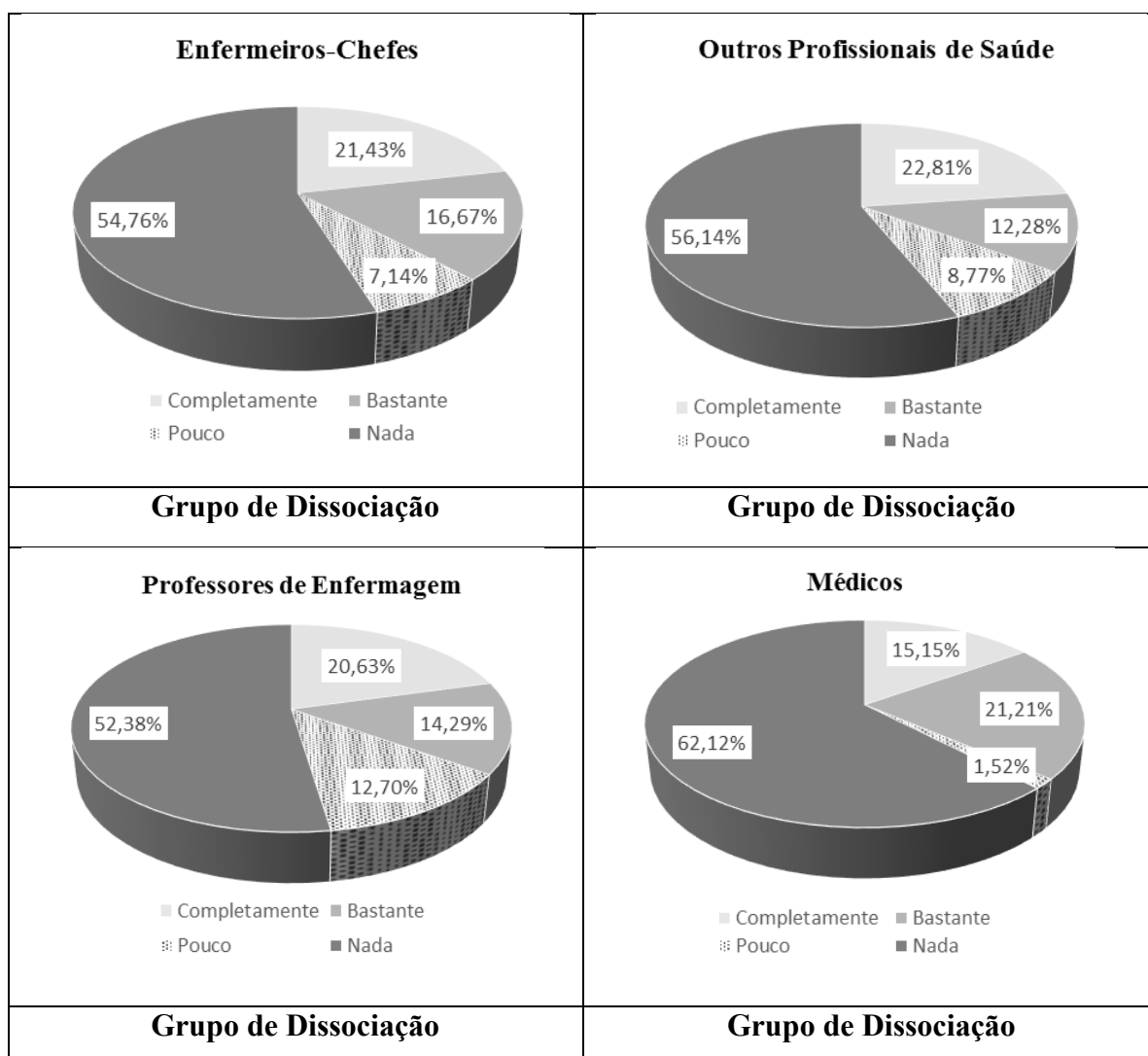


Gráfico 3. Grupos de Assimilação e Dissociação na Identidade Relacional

Este grupo de enfermeiros reconhece os **enfermeiros-chefes** com qualidades que se aplicam também a *Si*, como líderes responsáveis e exigentes da equipa, mas também reconhecem que existem enfermeiros-chefes com defeitos que os próprios não possuem como: autoritários, conflituosos, injustos, submissos e um pouco distantes.

O grupo pertencente a esta identidade visualiza os enfermeiros-chefes como grupo de oposição (54,76%) e aponta como causas deste distanciamento as poucas capacidades relacionais de alguns enfermeiros-chefes.

O grupo seguinte que também apresenta alomorfismo com oposição de 56,14%, são os **outros profissionais de saúde**, sendo os mais indicados os assistentes operacionais, mas também outros grupos profissionais licenciados.

Os outros profissionais de saúde são reconhecidos por estes enfermeiros como importantes, responsáveis, competentes, com poucos estudos, humanos e fazendo parte da equipa. Os defeitos que este grupo de enfermeiros indicam para os outros grupos profissionais são o facto de serem visualizados como conflituosos e com pouco espírito de equipa. Novamente, é realçada a dimensão relacional para o distanciamento.

O grupo dos **professores de enfermagem** é percecionado com 52,38% de diferenciação, com UR na sua maioria alomórficas. As qualidades que se aplicam a este grupo de enfermeiros e que coincidem com as dos professores de enfermagem são: a responsabilidade pelos alunos, profissionais competentes, colaboradores, acessíveis, disponíveis e até modelos.

Contudo, são também visualizados como pouco conhecedores da prática, teóricos, distantes e como elementos de oposição são assinalados alguns professores.

Apesar dos professores de enfermagem serem reconhecidos como modelos, também se verifica a separação entre a teoria e a prática na caracterização destes profissionais, tal como acontecia na identidade de manutenção.

Os **médicos** são o grupo profissional que obteve maior grau de alomorfismo e com uma diferenciação de 62,12%.

As qualidades atribuídas a este grupo profissional e que se aplicam a estes enfermeiros são: profissionais competentes e parte integrante de uma boa equipa. Todavia, os defeitos são mais apontados, como: arrogantes, autoritários, distantes, pouco humanos e muito centrados na doença.

Visualizam-se diferenças essencialmente na distância entre o cuidar-tratar e enfermeiro-médico, e como nos outros grupos, mantém-se destaque para a dimensão relacional.

### Influências Reconhecidas na Identidade Relacional

Os enfermeiros pertencentes à identidade-tipo relacional referem que os *Outros* enfermeiros os influenciam ou positivamente, ou negativamente, assinalando ainda que menos vezes nas influências negativas, os médicos e os enfermeiros-chefes (Figura 23).

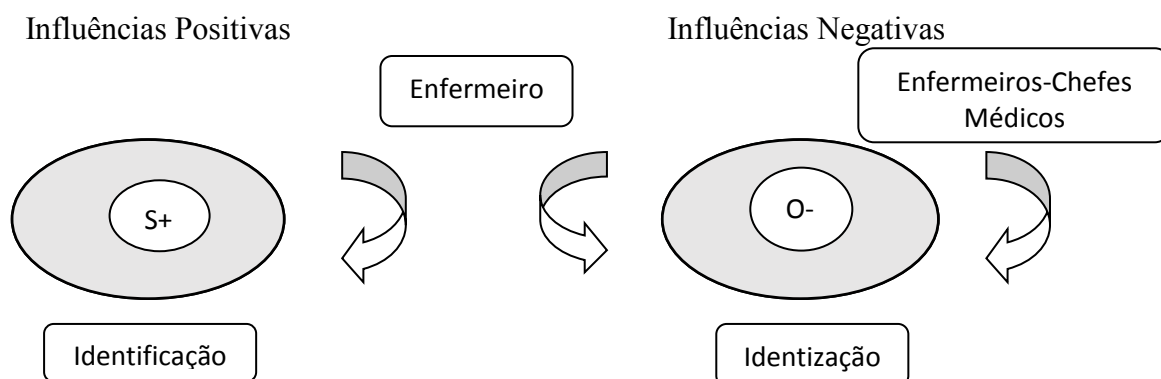


Figura 23. Influências Reconhecidas na Identidade Relacional

Os enfermeiros que influenciam este grupo de enfermeiros positivamente fazem parte do *Outro* significativo e por isso com capacidade de os influenciar, mas um enfermeiro refere como distanciamento o facto de serem ingénuos e com sentido humanista.

Nas pessoas que influenciam positivamente este grupo de enfermeiros, as qualidades imperam, com um egomorfismo marcado e com 63,08% de características que se aplicam totalmente, as qualidades que estas pessoas possuem são a competência e o conhecimento, com predomínio na dimensão relacional para a disponibilidade, a dedicação, a ajuda, a interajuda e uma qualidade mais vocacional e pessoal que é o ser bom, a chamada bondade. Os enfermeiros que inspiram o grupo pertencente à identidade relacional destacam-se também pelo facto de serem bons professores com experiência, sendo estes pares reconhecidos como elementos importantes no seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Apesar disso, também são os pares dos próprios enfermeiros aqueles que os influenciam negativamente, com 83,67% de oposição, pela intolerância, desmotivação e inveja. Os defeitos reconhecidos nestas pessoas que as influenciam negativamente, pertencentes ao *Self* é essencialmente a pouca liderança.

Estes enfermeiros baseiam a sua identidade na relação, por isso reconhecem influências de *Outros* enfermeiros que possuem estas capacidades desenvolvidas e outras capacidades pessoais e até vocacionais. Estas características aliadas ao conhecimento e experiência constituem um fator de identificação e modelo, mas apesar de reconhecerem as suas lideranças, eles não se reconhecem com essas capacidades.

### 2.3. Propriedades elementares da Identidade Negociação

Os 15 sujeitos que pertencem a esta identidade designada por negociação identificam-se como um subgrupo de enfermeiros e de equipa existente nos enfermeiros – com qualidades – egomorfismo e os *Outros* com defeitos – alomorfismo. Os dados deste subcapítulo, respeitantes a esta tipologia de identidade, encontram-se tratados em anexo (Anexo XI).

Destes enfermeiros, 12 são do sexo feminino e 3 do masculino, 14 trabalham no distrito do Porto e um em Braga, 7 trabalham em hospital e 8 em centro de saúde e trabalharam maioritariamente ao longo do seu percurso profissional 12 em hospital e 3 em centro de saúde.

Estes enfermeiros apresentam uma média de idade de 41,60 um desvio padrão de 6,490, com um mínimo de idade de 33 e máximo de 57 anos; uma média de tempo de serviço de 19,00, um desvio padrão de 5,916, com um mínimo de 10 e máximo de 31 anos.

Onze enfermeiros possuem a Licenciatura, 4 o Mestrado e destes, 8 possuem Pós-Graduações. No momento de recolha de dados, 5 frequentavam formações como Doutoramento (2), Mestrado (2) e Pós-Graduação (1).

#### **Ser Enfermeiro na Identidade de Negociação**

Este grupo de enfermeiros que se consideram um subgrupo de enfermeiros e de equipa dentro dos enfermeiros e de equipas, designou-se como identidade-tipo de negociação, porque ao se considerar pertencente a um subgrupo dentro de um *Outro* generalizado, tendem a ter uma maior necessidade de negociações constantes no seu quotidiano.



**Figura 24. Identidade de Enfermeiro na Identidade de Negociação**

Estes enfermeiros assumem a sua identidade como enfermeiro com um elevadíssimo grau de egomorfismo e com apenas 2,13% de diferenciação numa característica considerada neutra como a insatisfação (Figura 24).

Nas qualidades que o *Outro* significativo apresenta e que se aplicam totalmente também regista uma percentagem elevada (78,72%), com qualidades como: competências profissionais, polivalência, responsabilidade, interesse, importância, trabalhadores, organizados, dedicados, humanos, mas mal remunerados.

Na Identidade Atribuída de Enfermeiros observa-se um distanciamento do *Outro* generalizado. Os contravalores que se destacam no espaço do *Outro* desvalorizado são pouco ambiciosos, a desunião e pouco se valorizam/reconhecem.

Os valores partilhados surgem numa minoria (2,17%) tal como: lutadores, reservados, muito competentes, procuram indicadores, sabem muito fora da profissão e são desvalorizados.

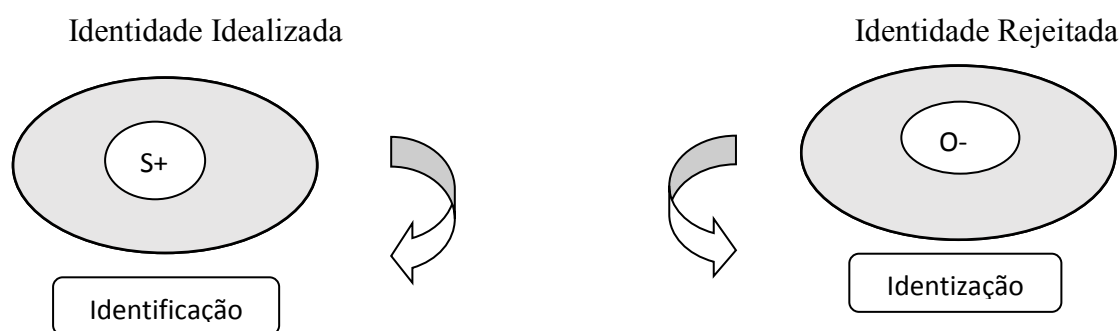
Estes enfermeiros defendem as dimensões profissionais, éticas e relacionais e distanciam-se da desunião e o facto de os enfermeiros não se valorizarem como enfermeiros, percecionando-se no *Outro* generalizado, apesar de se identificarem totalmente com a profissão e o seu grupo significativo. Deste modo, são enfermeiros que conseguem realizar um distanciamento e reconhecer que existem outros enfermeiros diferentes de *Si* e que exigem negociações e oposições.

### **Identities Idealizada e Rejeitada de Enfermeiro na Identidade de Negociação**

O grupo de enfermeiros que pertencem a esta Identidade de Negociação apresentam total identificação com a Identidade Idealizada e atingem 67,37%. Os valores com que se

identificam e gostariam de manter ou até desenvolver são: as competências, a atenção aos cuidados/trabalho, ao doente e à equipa, a tolerância, o dinamismo e o humanismo.

Na Identidade de Enfermeiro Rejeitada por este grupo de enfermeiros, temos os que verificam uma ligeira identificação (12%), aqueles a quem se aplicam um pouco (10%) características como o desinteresse, o desperdiçar de recursos e reivindicativos, e aos que se aplicam totalmente (2%) distintivos como informados e mal remunerados. Nos contravalores estes enfermeiros referem a incompetência, os poucos conhecimentos, a irresponsabilidade, o desinteresse, a desmotivação, o mau humor e o pouco rigor.



**Figura 25. Identidade Idealizada e Rejeitada na Identidade de Negociação**

Estes enfermeiros veem o enfermeiro ideal que coloca como foco dos cuidados a pessoa e envolventes significativos, com boas capacidades relacionais e o dinamismo. Os enfermeiros do tipo de Identidade de Negociação rejeitam o oposto ao enfermeiro ideal (Figura 25) e o facto de se considerarem um grupo profissional que deveria ser melhor remunerado.

### **Ambientes Formativos e Trabalho na Identidade de Negociação**

Os pontos fortes apontados à formação contínua e académica por estes enfermeiros são: os conhecimentos profissionais e académicos abrangentes e em contexto, a formação contínua, a aplicação prática, a exigência, a realização pessoal e a partilha. Os pontos fracos apontados ao contexto de formação são: a falta de formação, de oportunidades e de tempo, os custos dessas formações e alguns enfermeiros referem os formadores como fontes de desmotivação da formação.

Também estes enfermeiros, como nas anteriores identidades-tipo se referem ao contexto de formação contínua e formação académica, e à necessidade de

instrumentalização do saber, mas com uma noção da formação que visa o desenvolvimento profissional e académico, que prima pela partilha numa visão menos tradicional da aprendizagem e pela realização pessoal.

No contexto de trabalho, o mais valorizado por estes enfermeiros é o trabalho de equipa, o bom ambiente, o horário, a boa relação intra e multidisciplinar, a pessoa cuidada (criança, jovem, utente) e a realização profissional.

Ora se a formação é vista como fonte de realização pessoal, o trabalho é visualizado como fonte de realização profissional. Os pontos fracos do seu contexto de trabalho que são atribuídos aos *Outros* são: a desorganização, a falta de reconhecimento profissional, o excesso de trabalho, as condições físicas, a ausência de chefia e a incerteza profissional.

Estes enfermeiros apesar de se sentirem realizados no seu contexto de trabalho, sentem que não são reconhecidos profissionalmente e apesar de terem um bom ambiente de trabalho sentem que não têm suficientes condições objetivas de trabalho e sentem pairar sobre eles a incerteza profissional.

### **Influências de Equipa na Identidade de Negociação**

Na Identidade Reivindicada Equipa, este grupo de profissionais enfermeiros apresentam um grau muito elevado de egomorfismo e uma oposição de 4%, contravalores que são o serem mal compreendidos e ignorados. Os valores que reivindicam para a sua equipa são: a responsabilidade, o facto de serem trabalhadores, união, interesse, eficiência, organização, motivação e dinamismo.

Na Identidade Atribuída de Equipa os enfermeiros apresentam nesta identidade um elevadíssimo alomorfismo e um grau de oposição de 81,82%. Nos contravalores personificam os *Outros* enfermeiros, que são visualizados como pouco competentes, egoístas e até rivais. Nos valores do *Outro* generalizado assumem as outras equipas como trabalhadoras competentes.



**Figura 26. Identidade de Equipa na Identidade de Negociação**

Estes enfermeiros identificam-se com a sua equipa de trabalho (Figura 26), reconhecendo que as equipas não são todas similares entre *Si*, existindo outras equipas que apresentam essencialmente defeitos no espaço do *Outro* desvalorizado.

### Influências de Grupos na Identidade de Negociação

Estes enfermeiros apresentam egomorfismo para os enfermeiros-chefes e os restantes grupos profissionais exibem alomorfismo. Por ordem crescente de alomorfismo indicam os professores, os outros profissionais de saúde e por fim os médicos (Gráfico 4).

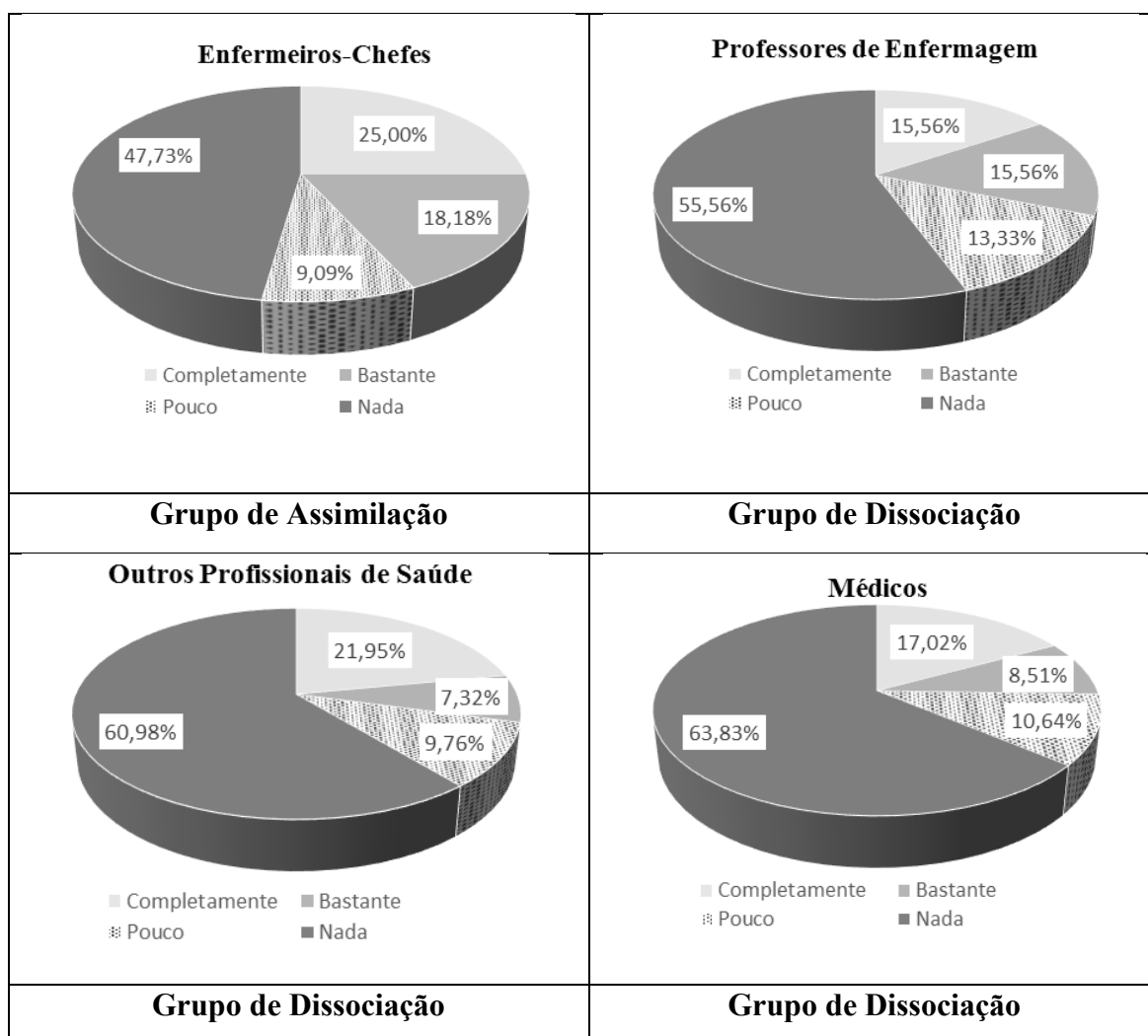


Gráfico 4. Grupos de Assimilação e Dissociação na Identidade de Negociação

Os **enfermeiros-chefes** são o único grupo profissional com quem estes enfermeiros apresentam egomorfismo e com um grau de diferenciação de 47,75%.

Este grupo de enfermeiros refere que as qualidades que os enfermeiros-chefes possuem e que em parte também se lhes aplicam são: o serem gestores, exigentes e responsáveis. O defeito mais verbalizado deste grupo profissional é o facto de serem superiores hierárquicos. Os enfermeiros desta identidade-tipo de negociação assumem os enfermeiros-chefes como grupo de assimilação e como causa de algum distanciamento relativamente à hierarquia.

O grupo de enfermeiros que constitui esta identidade de negociação apresenta alomorfismo para os **professores de enfermagem** com uma oposição de 55,56%.

As qualidades dos professores de enfermagem definidos pelos enfermeiros e que se aplicam em parte a *Si*, são o serem detentores de conhecimentos teóricos e práticos de Enfermagem. No entanto, também definem os professores como pouco conhecedores da prática e distantes dos alunos. O que aproxima este grupo profissional destes enfermeiros são os conhecimentos, já o que os afasta são o relacionamento distante destes elementos quando em contexto formativo formal e a conotação de grupo profissional demasiado teórico.

Os **outros profissionais de saúde** que são predominantemente caracterizados são os assistentes operacionais e os enfermeiros apresentam alomorfismo elevado para este grupo profissional com 60,98% de diferenciação.

São definidos como defeitos do espaço do *Outro* a pouca formação e distantes dos enfermeiros, as qualidades que se aplicam em parte a *Si*, observa-se o facto de serem um grupo profissional pouco reconhecido, importante e muito trabalhador.

Os assistentes operacionais são um grupo de dissociação, essencialmente por terem pouca formação e um grupo profissional que não é enfermeiro; no entanto, com a peculiaridade de também ser um grupo profissional pouco reconhecido dentro das equipas de saúde.

Os **médicos** são o grupo profissional que obteve mais alomorfismo por parte dos enfermeiros na identidade de negociação com 63,83% de diferenciação e essencialmente com UR no espaço do *Outro* desvalorizado. Estes enfermeiros referem como contravalores que pertencem aos médicos: prepotência, desorganização, arrogância e pouco sentimento de equipa.

No entanto, reconhecem como qualidades dos médicos, que possuem em parte, as competências, e aspiram a ser um grupo profissional unido.

## Influências Reconhecidas na Identidade de Negociação

Este grupo de enfermeiros que foi designado identidade de negociação referem que são os enfermeiros que os influenciam quer positiva, quer negativamente (Figura 27).

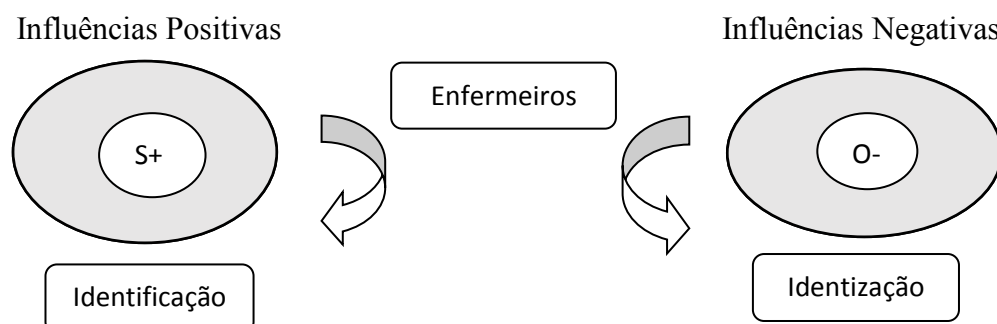


Figura 27. Influências Reconhecidas na Identidade de Negociação

Os enfermeiros que influenciam positivamente estes enfermeiros da identidade de negociação são caracterizados como humanos, com competências, com formação profissional, que fazem parte de uma boa equipa, que tem como foco o utente e o desejo de desenvolvimento. Os enfermeiros desta identidade-tipo identificam-se completamente (83,31%) com estes enfermeiros que os influenciam positivamente, sem nenhuma UR de oposição ou conotação negativa.

Contudo, também são os enfermeiros que influenciam negativamente estes enfermeiros da identidade-tipo de negociação com 97,73% de distanciamento e apenas 1,96% de superficialidade que se aplica bastante. Os contravalores que estes enfermeiros referem como o egoísmo, as incompetências profissionais e a falsidade, são características que alguns seus pares lhes transmitem como influências negativas. Os enfermeiros que influenciam este grupo apresentam características muito similares às do que consideram ser o enfermeiro ideal e rejeitam uma identidade profissional e pessoal negativa de enfermeiro.

## 2.4. Propriedades elementares da Identidade Profissionalização

Esta identidade denomina-se Identidade de Profissionalização, onde 5 enfermeiros se identificam como um subgrupo de enfermeiros – alomorfismo, mas enquadram muito

bem a sua equipa no seio das outras – egomorfismo. Os dados deste subcapítulo, respeitantes a esta tipologia de identidade, encontram-se tratados em anexo (Anexo XII).

Destes enfermeiros, 3 são do sexo feminino e 2 do masculino; todos trabalham no Porto, em ambiente hospitalar e ao longo do seu percurso profissional trabalharam maioritariamente em hospitais. Apresentam uma média de idades de 40,8 anos, um desvio padrão de 7,225, com um mínimo de 33 e máximo de 47 anos; com uma média de 17,60 anos de tempo de serviço, um desvio padrão de 6,504 e com um mínimo de 10 e máximo de 23 anos.

Deste conjunto, 4 elementos são licenciados, 1 possui mestrado e 2 possuem Pós-Graduações e não frequentavam nenhuma formação no momento da recolha de dados.

### Ser Enfermeiro na Identidade de Profissionalização

Este grupo de enfermeiros que foi denominado de Identidade de Profissionalização identifica-se de forma elevada com a sua profissão e o seu grupo significativo (Figura 28), e a sua equipa, mas apresenta distanciação para outros enfermeiros – o *Outro* generalizado – mas não para as outras equipas.

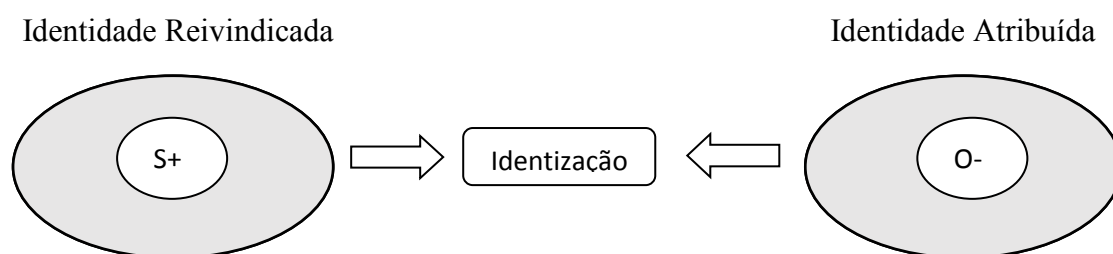


Figura 28. Identidade de Enfermeiro na Identidade de Profissionalização

Na Identidade Reivindicada de Enfermeiro estes enfermeiros defendem qualidades como competências com uma elevada associação a *Si* na sua completude (86,67%) e apenas 6,67% de oposição com o facto de serem mal reconhecidos.

Estes profissionais de enfermagem reconhecem que existem *Outros* diferentes de *Si*, que se caracterizam pelos contravalores (66,67%) e sendo os mais valorizados o facto de serem numerosos, mas também com algumas qualidades que se aplicam totalmente e ao *Outro* generalizado (33,33%), como serem profissionais competentes, divertidos, pacientes e mal remunerados.

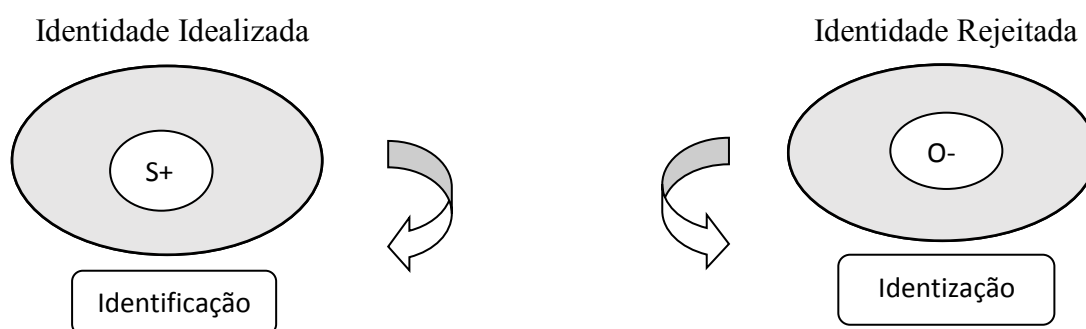
Este grupo profissional valoriza essencialmente a competência profissional e os motivos de distanciamento em relação ao *Outro* generalizado são o facto de serem numerosos e pouco reconhecidos.

### **Identities Idealizada e Rejeitada de Enfermeiro na Identidade de Profissionalização**

Estes enfermeiros que constituem a Identidade de Profissionalização identificam-se com a Identidade Idealizada com 77,78% na sua completude e apenas com identificações (Figura 29).

A característica que mais sobressai é a UR que caracteriza esta identidade, isto é, o facto de serem profissionais competentes.

Na Identidade Rejeitada de enfermeiro apenas se observam contravalores em que se destacam os poucos conhecimentos, a intolerância e a arrogância.



**Figura 29. Identidade Idealizada e Rejeitada na Identidade de Profissionalização**

A Identidade Idealizada de enfermeiro apresenta em destaque e elevada identificação à característica que descreve esta identidade, ou seja, a competência e que não percebe o enfermeiro com poucos conhecimentos e capacidades relacionais.

### **Ambientes Formativos e de Trabalho na Identidade de Profissionalização**

O contexto de formação é valorizado pela possibilidade de atualização de conhecimentos e de competências profissionais e os maiores pontos fracos são o custo da formação e a própria formação em si.

O contexto de trabalho é constituído por pessoas que contribuem para uma boa equipa de trabalho, mas também são apontadas algumas particularidades negativas como

os conflitos, a estagnação, a rotina, a instabilidade, a desorganização, mas também as condições objetivas de trabalho.

A formação é vista como a possibilidade de aumento de competências, mas não é visualizada de forma atrativa. No contexto de trabalho visualizam-se as poucas condições de trabalho, quer objetivas, quer subjetivas, mas que conseguem superar-se pelo relacionamento com os membros da sua equipa de trabalho.

### **Influências de Equipa na Identidade de Profissionalização**

A Identidade Reivindicada para a Equipa nestes enfermeiros apresenta elevadíssimo grau de identificação, sem qualquer grau de oposição, visualizando-se uma identidade que se identifica com o trabalho de equipa. A identificação que se aplica totalmente tem um grau de 61,11% na Identidade Reivindicada Equipa. A sua equipa apresenta-se como um grupo de identificação com determinadas áreas consideradas importantes para a própria equipa com um grupo de amigos, organizados e unidos.

Na Identidade Atribuída Equipa denota-se que apesar de haver uma aceitação da identidade atribuída equipa, ela é diferente da sua equipa, pois a atribuída alcança 13,33% de oposição, mas as qualidades que atingem a completude são maiores com 73,33% em relação aos 61,11% na reivindicada.

As qualidades que estes enfermeiros visualizam na identidade atribuída equipa são: as competências, a organização e o serem trabalhadores, as fontes de oposição (13,33%) surgem pelo facto de os considerarem pouco incentivados e desestabilizadores.



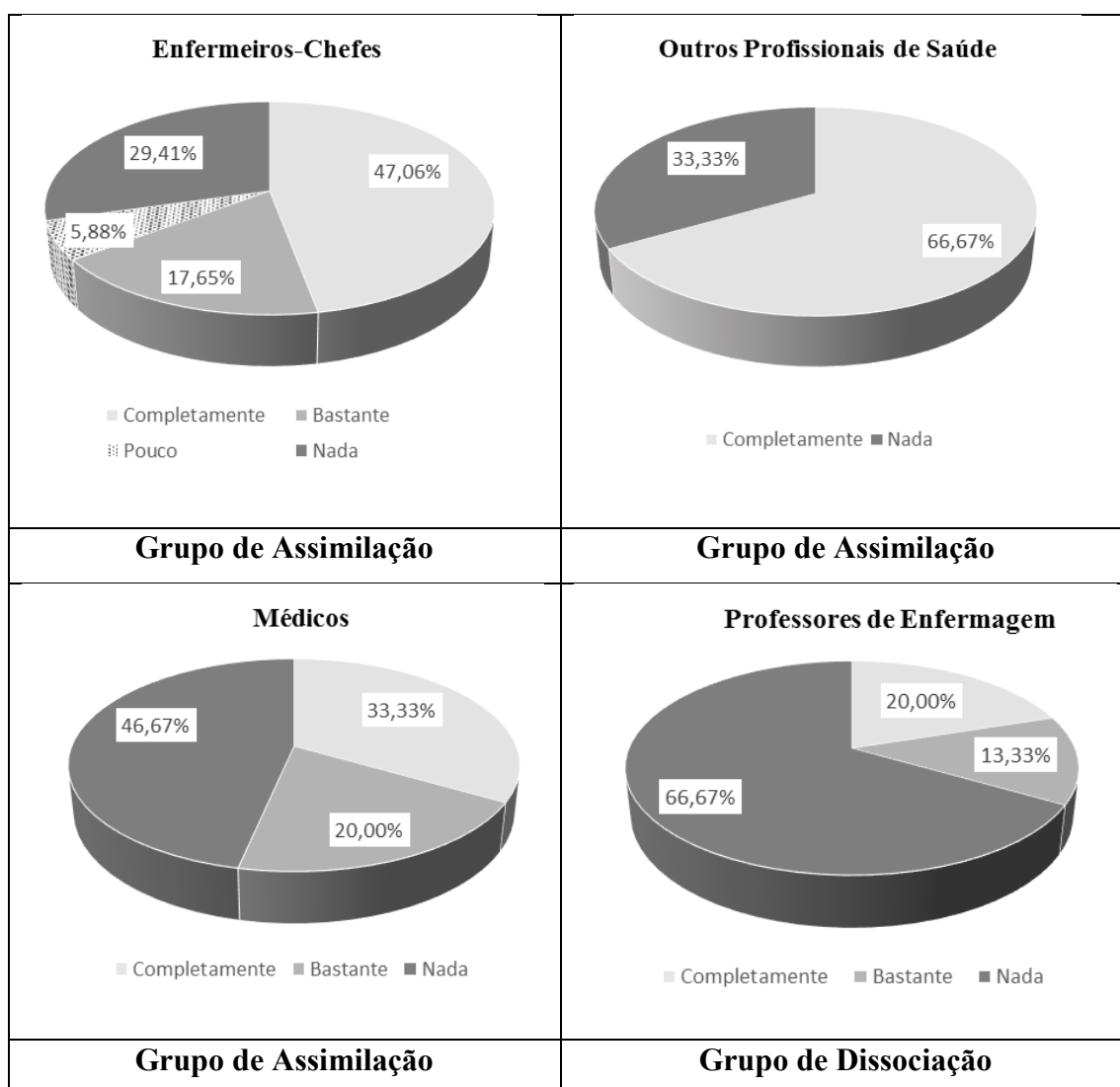
**Figura 30. Identidade de Equipa na Identidade de Profissionalização**

Este grupo de enfermeiros apresenta elevada identificação com a sua equipa, mas ainda se identifica mais com outras equipas (Figura 30), lembrando que estes enfermeiros reconhecem-se como um subgrupo de enfermeiros e por isso com identificação com os outros enfermeiros, as outras equipas são valorizadas por terem outros elementos que

fazem parte da equipa multidisciplinar, com competências diferentes das suas, como se pode constatar de seguida.

### Influências de Grupos na Identidade de Profissionalização

Nesta identidade denominada de Profissionalização, os enfermeiros-chefes, os outros profissionais e os médicos são reconhecidos como grupo de assimilação e os professores de enfermagem como grupo de diferenciação (Gráfico 5).



**Gráfico 5. Grupo de Assimilação e Dissociação na Identidade de Profissionalização**

Os **enfermeiros-chefes** são visualizados por este grupo de enfermeiros com um elevado grau de egomorfismo e uma oposição de 29,41%.

As qualidades que se aplicam a estes enfermeiros e aos enfermeiros-chefes são diversificadas e sem predominância de nenhuma delas, surge o facto de serem enfermeiros com experiência, competentes, disponíveis, colaboradores, compreensivos, exigentes, humanos, apaziguadores, incentivados, responsáveis, mas mal reconhecidos. Como diferenciação são registadas as seguintes UR: burocráticos, de gabinete, atitudes, pouco compreensivos, reservados, prepotentes e incoerentes.

Estes enfermeiros que constituem a identidade de profissionalização visualizam os enfermeiros-chefes como membros importantes da sua equipa, apesar de existirem alguns (poucos) com defeitos de distanciamento.

Estes enfermeiros apresentam elevado egomorfismo para os **outros profissionais de saúde**, com um grau de oposição de 33,33% quanto aos assistentes operacionais, reconhecendo este grupo como possuidores de capacidades essencialmente relacionais com quem se identificam totalmente (66,67). Os assistentes operacionais são definidos como simpáticos, mas com poucas capacidades de trabalho de equipa. Verifica-se que apesar de se identificarem com estes profissionais porque fazem parte da sua equipa, estes não possuem uma capacidade considerada essencial neste grupo – o trabalho de equipa.

O grupo destes enfermeiros intitulado identidade de profissionalização é o único grupo da matriz de identidade que apresenta egomorfismo para os **médicos**, mas em grau ligeiro, com 46,67% de diferenciação. Novamente, a qualidade que este grupo reconhece nos médicos e que também possui é a competência; os defeitos são essencialmente a sobrevalorização social e monetária, a falta de organização e a dimensão relacional.

Os médicos são visualizados como um grupo de assimilação com competências e fazendo parte de uma boa equipa multidisciplinar, mas considerado sobrevalorizado social e monetariamente em relação aos outros membros da equipa.

Os **professores de enfermagem** são o único grupo profissional que estes enfermeiros apresentam alomorfismo marcado, com um grau de oposição de 66,67%.

Das qualidades reconhecidas neste grupo profissional, a mais verbalizada é a exigência e o defeito ou contravalor é a distância na relação professor-aluno.

Os professores são considerados um grupo de dissociação, como fator de oposição, a distância da relação entre estes profissionais e os enfermeiros, não os reconhecendo pertencentes à equipa de trabalho.

## Influências Reconhecidas na Identidade de Profissionalização

Tal como aconteceu nas anteriores identidades-tipo, também na identidade de profissionalização os enfermeiros referem que quem mais os influencia são os próprios pares, mas nas influências negativas destacam-se os médicos e depois os pares.

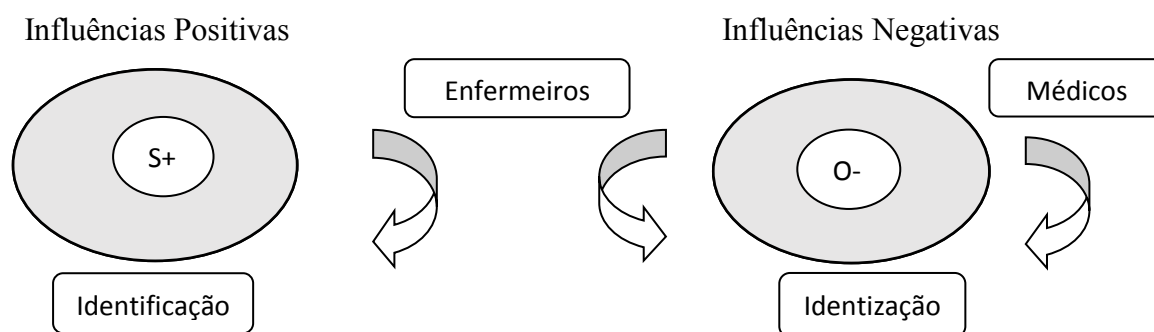


Figura 31. Influências Reconhecidas na Identidade de Profissionalização

Este grupo de enfermeiros identifica-se na sua quase totalidade (86,67%) com os enfermeiros considerados significativos (Figura 31), porque os influenciam e qualificam-nos como amigos e portadores de conhecimentos.

Os *Outros* que influenciam o grupo negativamente são predominantemente os médicos e alguns enfermeiros, que são caracterizados com défices ao nível da relação. As UR com as quais estes enfermeiros se identificam em parte, são o serem oportunistas e completamente, o futuro incerto.

Estes enfermeiros consideram as influências nos seus pares significativas através dos conhecimentos e apesar de identificarem os médicos como grupo de assimilação, eles são referenciados com problemas ao nível do estabelecimento de relações. Os enfermeiros desta identidade-tipo baseiam a sua identidade no facto de possuírem competências profissionais capazes de melhor reconhecimento quer social, quer pelos outros grupos com quem interagem, distanciando-se um pouco da formação e receando o futuro incerto da profissão.

## 2.5. Outras tipologias de identidades

Identificaram-se outros tipos de identidades em 7 enfermeiras e um enfermeiro, tendo uma média de idades de 41,63 anos, com um desvio padrão de 8,052, um mínimo de 34 e um máximo de 60 anos e com 20,63 anos de tempo de serviço, com um desvio padrão de 8,366, um mínimo de 13 e um máximo de 40 anos.

Sete elementos trabalham no distrito do Porto e um no distrito de Braga, 5 em ambiente hospitalar e 3 em Centros de Saúde, tendo trabalhado ao longo do percurso profissional maioritariamente em hospitais (6).

Em 8 enfermeiros, um possui o Bacharelato, 5 a Licenciatura, 2 o Mestrado e destes, 2 possuem Pós-Graduações. Nenhum no momento da aplicação do inventário frequentava qualquer formação, outras informações estão esquematizada no Anexo XIII.

- **BD** – Uma enfermeira que exerce funções num Centro de Saúde do Porto, com 19 anos de serviço e com especialidade, enquadra-se nesta identidade que reconhece como um subgrupo de enfermeiros, com qualidades e aos *Outros* enfermeiros reconhece alomorfismo - portadores essencialmente de defeitos. Quanto à equipa, não se identifica com a sua equipa nem com as outras equipas, considerando os *Outros* que trabalham em equipa, como subgrupos diferentes dos sujeitos. Apresenta alomorfismo para os professores e para os médicos, não tendo respondido à questão dos outros profissionais e apresenta egomorfismo para os enfermeiros-chefes. No que se refere às fontes de influências positivas e negativas aponta os enfermeiros como potenciais fontes de influência.
- **AD** – Dois enfermeiros enquadram-se neste tipo de identidade; uma enfermeira com 23 anos de serviço, a exercer funções num hospital do Porto e com Licenciatura e outro enfermeiro com 17 anos de serviço que exerce funções também num hospital do Porto e com Licenciatura. Ambos se reconhecem positivamente como enfermeiros e com os *Outros* enfermeiros, mas quanto à equipa não se identificam com a sua equipa nem com as outras equipas, considerando os *Outros* como subgrupos diferentes dos sujeitos. Apresentam ambos os enfermeiros alomorfismo para todos os grupos profissionais, com exceção dos médicos no que se refere à enfermeira. Quanto às

influências negativas, ambos referem os enfermeiros e para as positivas, a enfermeira aponta os médicos e o enfermeiro aponta os enfermeiros.

- **AC-** Enquadram-se neste tipo de identidade uma enfermeira com 17 anos de serviço e Licenciatura, que trabalha num hospital do Porto, identificando-se como enfermeira e com os *Outros* enfermeiros, mas não se identifica com a sua equipa apesar de o fazer com as outras equipas de enfermagem.

Apresenta egomorfismo para os professores de enfermagem, para os enfermeiros-chefes e para os médicos, e apresenta alomorfismo para os assistentes operacionais.

No que se refere às influências positivas, refere os enfermeiros, quanto às negativas explicita que “não consigo encontrar características que de forma negativa me tenham marcado ao ponto de me conseguir lembrar”.

- **CA-** Neste tipo de identidade enquadra-se uma enfermeira com 16 anos de serviço que trabalha num hospital do Porto e com uma especialização, reconhece-se como um subgrupo de enfermeiros, que apresenta essencialmente falhas e visualiza os *Outros* enfermeiros como ideais; quanto à equipa enquadra-se positivamente na sua equipa e nas outras equipas de enfermagem.

Apresenta alomorfismo para professores de enfermagem e médicos e egomorfismo para enfermeiros-chefes e outros profissionais. Reconhece os enfermeiros como portadores de influências positivas e negativas durante o seu percurso profissional.

- **CC** – Uma enfermeira com 40 anos de serviço que trabalha num centro de saúde do distrito do Porto, com bacharelato, enquadra-se neste tipo de identidade, reconhecendo-se como pertencente a um subgrupo de enfermeiros e equipa de enfermagem, e apresenta essencialmente falhas, além de que percebe os *Outros* enfermeiros e equipas de enfermagem como ideais.

Apresenta alomorfismo para professores de enfermagem e enfermeiros-chefes e egomorfismo para médicos e assistentes operacionais. Quanto às influências positivas refere os médicos e nas influências negativas refere “não tive”.

- **DB** – Enquadra-se neste tipo de identidade uma enfermeira com 13 anos de serviço a exercer funções num centro de saúde de Braga e com mestrado, não se identifica como enfermeira, essencialmente com atributos favoráveis, nem com os *Outros* enfermeiros, mais com atributos *negativos*. Revê-se como um subgrupo

diferente dos sujeitos, de maneira que quanto à equipa reconhece-se como fazendo parte dela de forma negativa; quanto às outras equipas não se identifica com elas e continua a referir atributos *negativos*.

Apresenta alomorfismo para todos os grupos profissionais e apesar de reconhecer influências positivas e de se identificar com elas não refere o grupo profissional; o mesmo acontece para as influências negativas, onde não refere o grupo profissional, não se identificando com essas características de ressonância negativa.

- **DD-** Nesta identidade enquadra-se uma enfermeira com 20 anos de serviço, que exerce funções num hospital do distrito do Porto e possui mestrado. Esta não se identifica como enfermeira nem com os *Outros* enfermeiros – essencialmente com atributos *negativos*, revê-se como um subgrupo diferente dos sujeitos, o mesmo acontece para a equipa de enfermagem, com quem não se identifica nem com as outras equipas de enfermagem, atribuindo-lhes aspetos de ressonância negativa. Apresenta alomorfismo para todos os grupos profissionais, exceto em relação aos médicos, apresentando egomorfismo. Quanto às influências negativas e positivas indica os enfermeiros.

Apesar de estas identidades-tipo se apresentarem em menor número, permitem entender algumas *nuances* de identidade em enfermeiros. Sendo a maioria (5 – BD, AD, DB e DD) identidades que exprimem a não identificação ao grupo enfermeiros e/ou de equipa de enfermagem, revelando, segundo Lopes (1993) identidades polarizadas ou comprometidas. Em três identidades-tipo, o grupo enfermeiros e/ou equipa é identificado com fraquezas e limites e o outro é percebido como ideal.

Estas identidades-tipo pouco frequentes neste estudo, poderão identificar um universo de enfermeiros que têm dificuldade no envolvimento com a profissão e como profissionais. Ainda que se reconheça a importância em estudar estes sujeitos, não foi possível concretizar este estudo pela impossibilidade de os identificar porque os mesmos não demonstraram interesse em envolver-se nesta pesquisa.



---

## **V. Discussão de resultados primeira fase**



## 1. Influências socioprofissionais

A análise inicial dos resultados na identidade de enfermagem como um todo, permitiu caracterizar a amostra e atribuir significado à necessidade do reconhecimento não de identidade (única e singular), mas de identidades profissionais de enfermagem.

Assim, ao analisar as identidades presentes no panorama político-social dos participantes envolvidos nesta investigação, identificaram-se as identidades designadas por Identidade de Manutenção, Identidade Relacional, Identidade de Profissionalização e Identidade de Negociação, derivadas de sistemas de construções sociais distintos, que permitem entender tanto o seu contexto, como as suas representações, e as suas implicações e influências profissionais (Tabela 7).

**Tabela 7. Grupos de Assimilação (+) e Grupos de Oposição (-)**

<b>Identities</b>	<b>Manutenção</b>	<b>Relacional</b>	<b>Profissionalização</b>	<b>Negociação</b>
<b>Enfermeiro Significativo</b>	+	+	+	+
<b>Enfermeiro Generalizado</b>	+	+	-	-
<b>Equipa</b>	+	+	+	+
<b>Outras Equipas</b>	+	-	+	-
<b>Enfermeiros-Chefes</b>	+	-	+	+
<b>Professores Enfermagem</b>	+	-	-	-
<b>Médicos</b>	+	-	+	-
<b>Outros Profissionais</b>	+	-	+	-

### **Sociedade Comunitária**

A identidade que foi denominada por manutenção, funde-se num egomorfismo marcado no seu ambiente social, com uso repetitivo de definições de *Si* e do *Outro*,

predominando a aceitação da sua identidade reivindicada com a atribuída como grupo profissional e como coletivo, tal como a identificação com outros grupos sociais e profissionais.

A identificação ou interiorização, segundo Tap (1988), consiste na impregnação unilateral de forma mecânica do indivíduo perante o social, faz com que o ator seja uma “esponja” ou um “reflexo” do seu meio social ou cultural. Deste modo, estes enfermeiros que constituem a maioria da amostra deste estudo, são percecionados como “esponjas” ou “reflexos” do *Outro*, fundindo-se numa manutenção da ordem social e profissional vigente e cómoda a estes enfermeiros.

Esta identidade remonta ao período da modernidade, modernidade definida por Lopes, A. (2001), em que os sistemas e regras simbólicos permitem a estabilidade, a reprodução e previsibilidade e por isso a exclusão do diferente, das contradições, da imprevisibilidade. Identidade que também se inscreve na forma comunitária de Dubar (1997), apresenta essencialmente indivíduos com dificuldades de alteridade, que são produto de uma história social, em que se encontram intrincadas a manutenção e a reprodução social.

Desta forma, os enfermeiros de entre múltiplas possíveis formas de valores, ideais, práticas e imagens existentes nos grupos, opta pela identificação, a que Tap (1988) define de assimilação ou em casos extremos de apatia social, apresentando os indivíduos a preservação da manutenção das regras e estatutos sociais, não só com a interiorização como com a imitação dos grupos sociais, numa dependência dos outros sem dimensão crítica.

Na identidade de manutenção, os indivíduos caracterizam os seus contextos de trabalho e formação em ambientes, pela valorização dos aspetos psicossociais em detrimento das condições objetivas de trabalho. Nos ambientes formativos destacam a possibilidade da instrumentalização da formação e do conhecimento e nos ambientes de trabalho, o trabalho de equipa, com a visualização na periferia da tentativa de transição identitária na procura de autonomia.

De maneira que, estes enfermeiros pertencentes a esta identidade de manutenção apresentam características no núcleo central da identidade na área das competências profissionais, das dimensões éticas, relacionais e políticas, que ligeiramente os distingue dos outros. Procuram nas diferenças e na periferia uma transição desta identidade não só pela qualificação e pluralidade profissional, mas também pelas aspirações das relações de apoio e suporte dos outros que têm como referência o seu alvo de cuidados e na

desvalorização ou justificação da sua passividade assente na necessidade de um maior reconhecimento social e económico.

Os enfermeiros deste grupo de identidade aspiram a ter um papel mais ativo nas decisões e transformações identitárias e laborais, que estão notoriamente presentes na identidade idealizada. O trabalho de equipa revê-se num trabalho de dinamismo e empenho e aceita-se a capacidade de enfrentar situações de exigência profissional na identidade atribuída.

Com efeito, os enfermeiros desta identidade de manutenção surgem como portadores de um egomorfismo marcado não só para com os seus pares, como também para com outros grupos profissionais, pouco se diferenciando em relação a outros com os quais se cruzam na sua trajetória profissional. Assiste-se à assimilação de grupos profissionais propostos pela investigadora e a grupos que os enfermeiros poderiam propor, apesar desta última opção ser maioritariamente rejeitada por 31 indivíduos que não especificaram a que grupo profissional se referiam e 4 que não se posicionaram quanto a esta opção.

O grupo que maior grau de assimilação apresenta é o grupo dos outros profissionais, que apesar de ser verbalizado pela maioria dos que se pronunciaram como sendo os assistentes operacionais, notou-se uma certa negação em especificar um grupo profissional. Pode-se pressupor que estejam a posicionarem-se no grupo profissional da saúde, no qual os enfermeiros se incluem, encontrando-se fortes evidências nesta constatação pelo forte laço de equipa que estes apresentam. Apesar de alguns elementos deste grupo apresentarem contravalores aos dos enfermeiros.

Os professores de enfermagem também são uma forte influência neste grupo da identidade de manutenção, sendo revelados nos ambientes formativos como agentes de motivação e de desmotivação, visualizados como detentores de um saber que os torna em parte modelos profissionais dos enfermeiros, mas com pequena diferenciação num saber distanciado das práticas diretas de cuidados.

Os enfermeiros-chefes são considerados por este grupo de identidade como gestores, mas também orientadores e líderes, vistos com distanciação, pois os enfermeiros desta identidade não se enquadram nesta definição de agentes de mudanças.

Os médicos são o grupo de assimilação que obtém menor percentagem, visto estes enfermeiros visualizarem influências no trabalho de equipa com estes profissionais, apesar de não se reverem em algumas formas de relacionamento interpessoal e na posição social ocupada por este grupo na sociedade.

De facto, todos os grupos profissionais podem influenciar estes enfermeiros, pois estes movem-se num conceito de integração regulatória da sociedade e da profissão, com a passividade perante as hierarquias, ainda que se notem algumas tentativas de soltar as amarras desta forma de reprodução social.

As influências implícitas nestes profissionais da identidade de manutenção são múltiplas e diversificadas, mas as influências reconhecidas por este grupo de enfermeiros são os seus pares, que participam nestas influências com um papel principal e os outros grupos profissionais com um papel secundário na sua história coletiva profissional.

Os pares que influenciam este grupo de enfermeiros são reconhecidos a nível da sua formação, experiência e desenvolvimento de competências, que partilham estas qualidades e saberes num relacionamento profissional de proximidade. A importância deste facto, surge na possibilidade destes enfermeiros significativos serem a alavanca para a transição que se encontra na periferia da identidade de manutenção, num contexto de rápidas mudanças, que exige mudanças identitárias mais congruentes com os desafios da sociedade atual, enquadrando-se na forma societária de Dubar (1997), que reconhece as existências de coletividades e não apenas coletivo, onde os indivíduos escolhem aderir temporariamente na procura de uma autonomização pessoal e social, denominada a identidade de identidades em transição.

### **Sociedade Estratégica**

No espaço entre o comunitário e o societário, surge o que Lopes, A. (2001) define como lógica de estratégia, em que os valores de mercado estão presentes, mas que nascem da interiorização da lógica de integração existente na sociedade comunitária. Os indivíduos face às mudanças ocorridas na sociedade com a globalização tendem a exercer estratégias próprias de mercado e do segundo período da modernidade, quer pela competitividade, quer pela automatização ou alienação. Nas identidades em transição na lógica da estratégica surgem as identidades relacional e de profissionalização.

A identidade relacional surge ligada à valorização das relações por estes enfermeiros na formação da sua identidade, eles encontram-se moldados na profissão de enfermeiros, sem recorrerem à sua individualidade como sujeitos e na sua singularidade fazendo parte do coletivo, próprio de uma sociedade comunitária. No entanto, eles reconhecem oposições e polarizações como equipa, considerando deste modo, todos os outros grupos profissionais como grupos de oposição e diferenciação, típico de uma sociedade estratégica.

Os enfermeiros deste tipo de identidade não estão presos a uma lógica escolarizada da formação, valorizando o contexto académico e o contexto da formação contínua, tal como acontecia na identidade de manutenção. A formação é percebida como algo desmotivador para estes enfermeiros, que a veem como passível de fomentar o desenvolvimento e a progressão profissional, mas que de certa forma é condicionada pelas instituições sociais e políticas, e que na prática não tem reflexos na progressão da carreira para os enfermeiros. Os contextos de trabalho também são vistos como fontes de desmotivação, que são superadas pelos bons relacionamentos que se estabelecem nesses contextos.

Os enfermeiros que pertencem a esta tipologia de identidade assentam não só na sua forte identificação relacional da profissão, como na vontade assente na identidade atribuída relacional, mas também vocacional da profissão. Na identidade idealizada estes profissionais aspiram a melhorar as suas competências relacionais, reforçando de forma contínua a valorização relacional desta identidade.

Nesta identidade-tipo, os profissionais de enfermagem possuem uma forte identificação com a sua equipa, que se pressupõe ser equipa de enfermagem porque estes se identificam com os outros enfermeiros, sem descentralização do seu grupo profissional. Ainda assim, quando se referem às outras equipas, apresentam diferenciações e descentralizações, considerando os outros grupos profissionais como grupos de oposição, os quais pertencem à equipa multidisciplinar, com oposição sobretudo à desunião, à competitividade e ao individualismo. Oposição esta, que é visível pela verificação do grau de alomorfismo de todos os outros grupos profissionais, considerados grupos de oposição.

Estes enfermeiros quando se referem à diferenciação para com outras equipas e à diferenciação com o grupo profissional dos enfermeiros-chefes, apesar de se afirmarem para si como profissional relacional e aspirar a um modelo ainda mais relacional, por vezes vocacional, eles distanciam-se do carácter da submissão, tal como Escobar (2004) refere no seu estudo.

O grupo que menos oposição obteve foi o dos enfermeiros-chefes, seguido dos outros profissionais, dos professores de enfermagem e o dos médicos.

As oposições ao grupo dos enfermeiros-chefes e dos outros profissionais mais concretamente os assistentes operacionais, são basicamente de carácter relacional. Sendo também visível o distanciamento da pouca formação presente nos assistentes operacionais

e alguma identificação com os enfermeiros-chefes na sua liderança quando reconhecida pelos elementos da equipa.

Os professores, apesar de também serem vistos como modelos, são diferenciados por estes sujeitos no seu carácter relacional e na separação dos teóricos e dos práticos.

Os médicos também são visualizados como grupo de diferenciação, não só pelos aspetos relacionais, mas aqui também pelo ato de cuidar do enfermeiro e pelo ato de tratar do médico. Esta identidade relacional com alguns aspetos da vocacional é diferente da identidade vocacional de Lemos (2008) na subalternização ao poder médico, porque nesta pesquisa evidencia-se uma rejeição dos aspetos submissos e até numa oposição à profissão médica. A diferenciação enfermeiro-médico e o cuidar-tratar também estão expressos em alguns estudos (Mendes & Mantovani, 2010; Luz, 2005; Lopes, N., 2001; Nero, 2008), nesta pesquisa com este grupo de enfermeiros da identidade relacional utiliza esta dicotomização entre cuidar e tratar como forma de autonomização profissional e valorização da dimensão relacional que os caracteriza.

Neste grupo de enfermeiros que pertence a esta identidade não se encontram grandes influências implícitas de outros grupos, vistos como grupos de diferenciação e até de oposição, a não ser os próprios pares, o que é confirmado com as influências reconhecidas.

Nas influências reconhecidas, os enfermeiros destacam os pares como professores com experiência, sendo estes reconhecidos como elementos importantes no seu desenvolvimento pessoal e profissional. Estes enfermeiros reconhecem influências de outros enfermeiros que possuem capacidades relacionais, pessoais e vocacionais desenvolvidas, estas características aliadas ao conhecimento e experiência fazem o par como fator de identificação e modelo, mas apesar de lhes reconhecerem lideranças, eles não se reconhecem com essas capacidades.

Nas identidades estratégicas também se pode visualizar a identidade de profissionalização, denominada assim pela valorização e distinção nas suas competências profissionais. Estes enfermeiros conseguem fazer uma descentralização na sua profissão, considerando coletividades dentro da profissão, das quais apresentam polaridade na identificação com o *Outro* significativo e a diferenciação ao *Outro* generalizado. No entanto, não concebem o mesmo para as equipas, nas quais não veem diferenciações entre a sua equipa e a dos *Outros*.

A forte valorização na componente das competências profissionais monopoliza quer a identidade reivindicada, quer a identidade idealizada. A distanciação do *Outro*

enfermeiro generalizado faz-se através do elevado número de profissionais na sociedade, que dificulta o reconhecimento social e económico.

Os valores de mercado estão muito presentes ao longo das suas identificações e oposições, seja na má remuneração, seja nos custos da formação que desvaloriza a possibilidade de atualizar conhecimentos. Nos contextos de trabalho, são salientados os bons ambientes, apesar de também coexistirem conflitos e maus relacionamentos.

Estes enfermeiros descentralizam-se de outros enfermeiros, apresentando como grupos de assimilação os enfermeiros-chefes, outros grupos profissionais e os médicos, como grupo de oposição encontram-se os professores. Tendo em conta que estes enfermeiros têm uma forte identificação com o trabalho de equipa, incidindo na fusão da identidade reivindicada e atribuída de equipa, explicam-se os graus de identificação e assimilação. Os enfermeiros-chefes, os outros profissionais de saúde e os médicos são considerados por este grupo profissional, grupos de assimilação porque fazem parte da equipa de saúde. Todavia, existe algum distanciamento por parte dos assistentes operacionais pela dificuldade de trabalho de equipa, e dos médicos pela sua sobrevalorização social e monetária em relação a outros grupos profissionais da saúde. Vislumbra-se a conquista da identidade não só na referenciação da equipa de saúde como “apesar da reconfiguração dos territórios profissionais e das perspetivas constelações de poderes, continuaria a subsistir a referenciação ao ideal tipo da profissão médica” (Abreu, 2001, p. 31), vendo este grupo profissional com carácter de profissionalização que reforça a profissionalidade deste grupo de enfermeiros.

A identidade de profissionalização aproxima-se em parte da identidade profissional de Lemos (2008), em que se procuram estabelecer as diferenças e semelhanças com base nas competências profissionais e carácter instrumental do conhecimento, que caracteriza a diferenciação com os professores. Sendo os professores o único grupo de oposição destes enfermeiros, baseando-se no distanciamento da relação com eles e talvez como foi percecionado na caracterização da formação, a sua desvalorização face ao valor do mercado.

### **Sociedade Societária**

Na sociedade societária surge outro registo de possibilidades identitárias na modernidade tardia, denominado por Lopes, A. (2001) como o registo da esperança, em que os indivíduos negoceiam interações sociais com passagem a uma forma ativa na mudança da individualização e simultaneamente no coletivo. Numa sociedade em

evolução/construção surge uma sociedade denominada de modernidade tardia, por Giddens (2001), em que o indivíduo adquire um reconhecimento da sua capacidade crítico-reflexiva e de significância, numa lógica de subjetivação (Lopes, A., 2001).

As três formas identitárias reconhecidas neste estudo já referenciadas, apesar de se inscreverem num registo de reprodução ou identidade manutenção e de estratégia ou identidade de profissionalização e relacional, elas inscrevem-se na sua quase totalidade no reconhecimento do indivíduo como enfermeiro e com identificações a *Outros* enfermeiros significativos e por vezes, simultaneamente, com outros grupos profissionais significativos.

D'Espiney (2010) constata que a identidade dos enfermeiros construída a partir de um perfil único está desajustada das exigências e do contexto atual, alertando para a coexistência de múltiplas reconfigurações identitárias. No estudo que realizou, verificou que as identidades profissionais dos enfermeiros são construídas com os seus pares significativos, que eram os elementos da equipa multidisciplinar.

A identidade de negociação caracteriza-se pela identização, que também se define como diferenciação e descentralização. Os enfermeiros pertencentes a esta identidade consideram-se um subgrupo de enfermeiros e de equipa dentro de coletividades, numa polaridade de identificações e oposições, numa constante necessidade de negociações. Não uma oposição absoluta ao *Outro*, mas apesar de se diferenciar positivamente em detrimento do *Outro* social, existe o reconhecimento de singularidades, senão estávamos em presença de racismo, ostracismo do *Outro*, segundo Tap (1988). De acordo com o mesmo autor, na identização o indivíduo diferencia-se ou individualiza-se, o que implica uma consciência do conhecimento de *Si*, as posturas de independência e de autonomização necessitam da afirmação da sua singularidade e da oposição em se unificar. Através das oposições e conflitos, o indivíduo abandona as identidades herdadas e empenha-se em afirmar novas identificações.

Através da identização, segundo Tap et al. (2014), os indivíduos têm consciência da coexistência de grupos diferentes no seu grupo profissional, que escolhem o que se aproxima mais do seu projeto profissional ideal. Nesta identização existe a cooperação e o conflito entre *Si/Outro* significativo e o *Outro* generalizado. Esta polarização não necessita de unificação, mas de afirmação da individualidade e singularidade, na procura da transformação e autonomia. Pinto (1991) também explicita esta identização como forma de criatividade e emancipação que pretende a individualização e não o individualismo.

Este grupo de enfermeiros da identidade de negociação refere que pertence a um grupo de enfermeiros com qualidades nas competências profissionais, nas dimensões relacionais, éticas, sociais e na pluralidade da sua profissão e que se opõe a enfermeiros com pouca ambição, desunidos e que não reconhecem o valor da sua profissão. Estes enfermeiros lutam entre uma identidade herdada e uma identidade visada, numa tentativa de “reinvenção”<sup>3</sup> da sua própria identidade.

Na verdade, visualiza-se a identificação de pessoas significativas e ao mesmo tempo de diferenciação do *Outro*, a ambivalência do papel do *Outro* significativo/generalizado de continuidade/rutura. Segundo Tap (1988), o ator torna-se autor ao operar dentro das margens de liberdade – dotando-o de estratégias, transformando-se e transformando o *Outro*, negociando a sua participação com e no *Outro*, nas regras e nas instituições – o coletivo. Essas margens de liberdade resultam da incerteza e no reconhecimento da alteridade do *Outro*.

Estes enfermeiros idealizam a sua identidade focalizada nos cuidados à pessoa e envolventes significativos, tendo boas capacidades relacionais, dinamismo e tolerância. Assiste-se à identificação de um projeto comum profissional com os seus pares significativos e o reconhecimento da alteridade do *Outro* através da tolerância e na mudança através do dinamismo. Situação que também é verificada no estudo de Esteves (2012), em que a identidade dos enfermeiros se baseia na procura da autonomia e demarcação do poder médico, na atuação centrada no doente, recebendo influências dos seus pares enfermeiros mais experientes.

Não obstante, segundo Lopes, A. (2001), para que o indivíduo possa transformar-se e prosseguir um projeto para o bem coletivo são necessárias condições dos diversos sistemas envolventes, estes enfermeiros visualizam a formação como fonte de realização pessoal e o trabalho é encarado como fonte de realização profissional, apesar de apontarem algumas condições menos favoráveis institucionais (condições objetivas) e políticas (incerteza profissional).

A sua equipa distancia-se de outras equipas principalmente pelo caráter dinâmico e cooperativo destes enfermeiros, admite integrarem a equipa os enfermeiros-chefes com os quais apresentam assimilação, com assunção de capacidades de liderança que estes e o grupo possuem, sendo o fator de algum distanciamento o facto de estes serem seus

---

<sup>3</sup> Termo utilizado por Kaufman (2005) para definir identidade.

superiores hierárquicos. Assim, apesar de reconhecerem a necessidade da existência de lideranças, eles valorizam a não dependência hierárquica, mas a autonomização.

Os outros grupos profissionais não são vistos como fazendo parte da equipa de enfermagem, mas apresentam menor grau de diferenciação relativamente ao grupo dos professores de enfermagem, seguido de outros grupos profissionais e depois dos médicos.

Os enfermeiros desta identidade-tipo de negociação são atraídos pelo conhecimento disciplinar de Enfermagem dos professores, mas repudiam o distanciamento relacional destes e novamente como todas as identidades anteriores apontam aos professores a separação das práticas profissionais dos enfermeiros.

Outro grupo de oposição são os assistentes operacionais, com repúdio na pouca formação, no distanciamento profissional, mas apesar de tudo identificam-se com um grupo pouco reconhecido dentro das equipas de saúde, tal como os enfermeiros.

Por último, o grupo que apresenta um grau de oposição maior são os médicos, com pouca capacidade de trabalho de equipa organizacional e relacional, mas com identificações por serem também competentes e aspirarem a ser unidos.

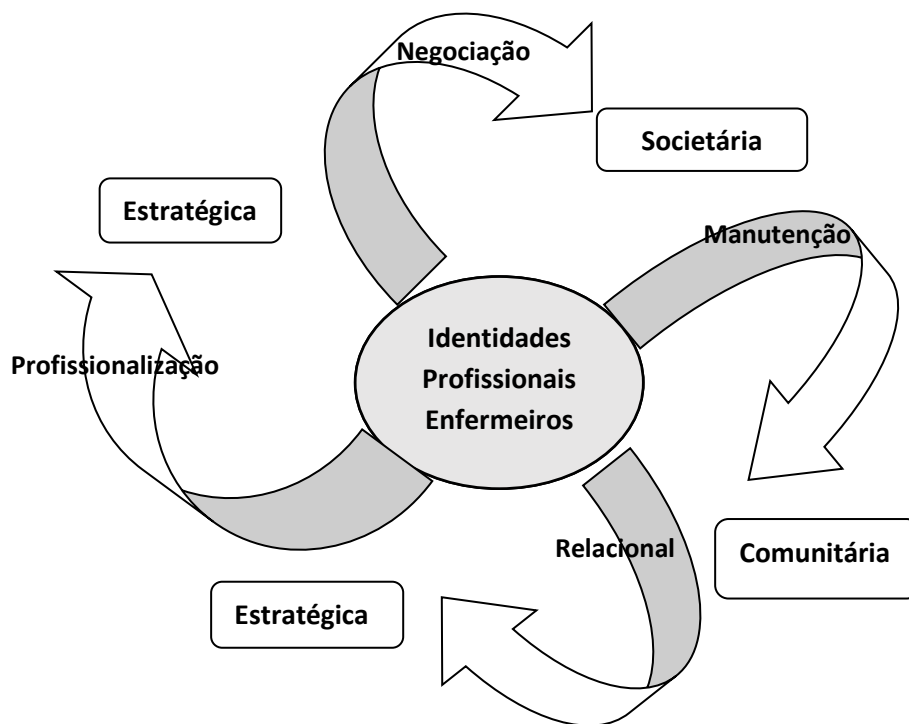
Nestes enfermeiros, predomina a identização, que é a valorização da individualização interna, não individual, mas social, que se expressa na tentativa de atualização da sua identidade nas interações profissionais. Abreu (2007) refere que ao “definir uma identidade positiva para si, o indivíduo desenvolve um processo de autonomização progressiva perante os outros - conquista autonomia e autodeterminação e diminui a dependência.” (p. 62).

Assim, nem sempre a oposição realizada na identização, corresponde ao conflito, segundo Lopes, A. (2001), a ambivalência presente na construção da identidade, desenvolve uma resistência ao conflito considerando o reconhecimento das diferenças do *Outro* e da aceitação da alteridade do *Outro*. A identização permite coordenar os esforços através das diferenças, com autonomia e abertura, de afirmação e de participação, de libertação e de acomodação e não assimilação (Tap, 1988).

Neste sentido, estes enfermeiros que constituem a identidade de negociação estão mais próximos da subjetivação do que as outras identidades-tipo e talvez o grupo que esteja melhor preparado para se transformar e transformar *Outros*, através das influências de liderança presentes na sua constituição. A liderança destes enfermeiros está presente nesta oposição identitária que a vida social implica, de diferenciação e diversidade, sem a qual não pode existir trabalho colaborativo (Tap, 1988).

Kaufman (2005) refere que esta subjetivação necessita que o indivíduo não se esqueça da sua história - do passado - mas que o coloque entre parênteses para pensar o presente e perspetivar o futuro. Assim, as identidades profissionais estão preparadas – umas mais que outras – para se transformarem num contexto de continuidade ou de rutura com a sua história. Neste seguimento de ideias, Tap (1988) refere que o ser social é organizado a partir de um sentimento de continuidade, pela apreensão de uma mestria num horizonte temporal, é um ser com memória, com passado, com experiências, que permite a sua valorização presente e se projeta no futuro. No entanto, apesar de ser importante quer o autoconhecimento passado e presente, quer o conhecimento e a interiorização do social/*Outro*, o indivíduo necessita de passar de uma forma passiva para uma forma ativa de estar em sociedade, ou grupo e atribuir significação numa identidade mais personalizada.

Nesta pesquisa sobre a influência das lideranças na identidade profissional de enfermeiros encontraram-se diversas identidades que apesar de se fabricarem em construções de modelos de sociedade diferentes, elas ainda hoje coexistem na sociedade atual, num misto de relações comunitárias, estratégicas, societárias e de alguma subjetivação (Figura 32). As outras 7 identidades residuais e não exploradas nesta investigação apresentam-se baseadas numa baixa autoestima, ou numa alienação de Si como enfermeiro.



**Figura 32. Identidades Profissionais dos Enfermeiros**

Também neste estudo se verificou que os enfermeiros baseiam a sua identidade profissional no reconhecimento e “investimento no conhecimento, aprofundamento da relação e desenvolvimento científico” (Abreu, 2007, p. 66), com vista à autonomização profissional.

Assim, urge que sejam os enfermeiros a sentir e atribuir significado a esta necessidade de transição identitária, que se faz com a consciencialização criativa da profissionalidade, através das influências dinâmicas e autónomas de profissionais de enfermagem considerando tanto os líderes formais, como os líderes informais, não se desejando a unificação da identidade profissional, mas a pluralidade de identidades emancipatórias profissionais.

Reconhecendo que as influências profissionais se originam no trabalho colaborativo entre pares, que se admiram, apoiam e se influenciam em diversos aspetos e que crescem conjuntamente, com algumas influências implícitas e/ou explícitas dos enfermeiros-chefes, dos professores e outros grupos profissionais da saúde;

Tendo em conta que os outros grupos profissionais poderão desejar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, pelas referências à equipa de trabalho, os enfermeiros-chefes e professores (líderes formais) desejarão muito mais contribuir para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem e conseqüentemente dos enfermeiros, de maneira que esta probabilidade de desenvolvimento e construção identitária através das influências será importante não só para estes líderes formais, como para os próprios enfermeiros e conseqüentemente para a profissão.

Nesta primeira fase da pesquisa, conseguiu-se reconhecer identidades existentes, alguns dos seus contornos e ligações com os *Outros*, que evidentemente tomam formas de influências diferentes e evidenciar algumas dessas influências implícitas e explícitas. Todavia, após esta 1ª fase, a pesquisa necessita de um maior aprofundamento nos seus processos de influência, os quais se pretendem pesquisar na 2ª fase, e posto isto, pretendem-se aprofundar as ligações, os contornos, as motivações ligadas às associações realizadas, e aos signos utilizados para identificar as lideranças profissionais.

---

## **VI. Apresentação e análise dos resultados da segunda fase**



## 1. Caraterização dos entrevistados

Para a consecução desta pesquisa e continuação da utilização do instrumento IIP, efetuou-se entrevistas segundo a metodologia de Zavalloni e Louis-Guérin (1984) com a utilização do Método de Contextualização Representacional e a sua Técnica de Análise de Redes Associativa. Por este motivo os participantes tinham de ter preenchido o inventário na fase precedente e era necessário haver uma diversidade de contextos e identidades já designadas anteriormente, o tratamento de dados do inventário está no Anexo XIV.

Foram entrevistados 19 enfermeiros (n=19), dos quais 17 são do sexo feminino e 2 do sexo masculino, apresentando uma média de idades de 40 anos. Os sujeitos exercem funções como enfermeiros com uma média de 17,8 anos de serviço.

Quanto à formação académica deste grupo de enfermeiros, 6 obtiveram a Licenciatura, 4 Pós-Graduações, 5 Pós-Licenciaturas em Enfermagem e 4 Mestrados. De acordo com os dados dos inventários dos 102 enfermeiros, estes enfermeiros que realizaram o inventário e depois foram entrevistados, também utilizam a mesma nomenclatura, pois alguns assinalaram no inventário Pós-Graduação em vez de Pós-Licenciatura. Dos enfermeiros inquiridos, 12, no momento de aplicação do instrumento de recolha de dados, não frequentavam nenhuma formação e 7 frequentavam as formações segundo a distribuição da tabela subsequente.

**Tabela 8. Frequência de Formações dos Entrevistados**

<b>Frequência de Formações</b>		<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Válido	Não frequenta	12	63,2
	Doutoramento	3	15,8
	Hemodiálise	1	5,3

**Tabela 8. Frequência de Formações dos Entrevistados (continuação)**

Frequência de Formações		Frequência	Porcentagem
Válido	Não frequenta	12	63,2
	Mestrado	2	10,5
	Pós-Graduação	1	5,3
	<b>Total</b>	19	100,0

A maioria é do distrito do Porto, mas também há participantes do distrito de Coimbra e Faro distribuídos segundo o Quadro 3. Ao longo do seu percurso profissional os enfermeiros entrevistados trabalharam mais tempo em ambiente hospitalar (17), e na sua maioria atualmente exercem funções em hospitais. As quatro tipologias de identidade mais frequentes encontram-se representadas neste grupo de enfermeiros como se pode observar no Quadro 3.

**Quadro 3. Caracterização dos Entrevistados**

Entrevistados	Faixa Etária	Formação	Local de Trabalho	Sexo	Tempo de Serviço	Distrito
<b>Inventário 12 Negociação</b>	31-40 anos	Mestrado	Centro de Saúde	Feminino	11-20 anos	Porto
<b>Inventário 17 Manutenção</b>	41-50 anos	Licenciatura	Hospital	Feminino	21-30 anos	Porto
<b>Inventário 21 Negociação</b>	41-50 anos	Pós-Graduação	Hospital	Masculino	11-20 anos	Porto
<b>Inventário 24 Relacional</b>	41-50 anos	Licenciatura	Hospital	Feminino	21-30 anos	Porto
<b>Inventário 26 Profissionalização</b>	41-50 anos	Licenciatura	Hospital	Feminino	21-30 anos	Porto
<b>Inventário 30 Negociação</b>	41-50 anos	Pós-Graduação	Hospital	Feminino	21-30 anos	Porto
<b>Inventário 42 Manutenção</b>	31-40 anos	Licenciatura	Hospital	Feminino	11-20 anos	Porto
<b>Inventário 46 Manutenção</b>	31-40 anos	Mestrado	Hospital	Feminino	11-20 anos	Porto
<b>Inventário 52 Manutenção</b>	31-40 anos	Pós-Licenciatura	Centro de Saúde	Masculino	11-20 anos	Porto
<b>Inventário 53 Relacional</b>	31-40 anos	Pós-Licenciatura	Centro de Saúde	Feminino	11-20 anos	Porto
<b>Inventário 69 Manutenção</b>	31-40 anos	Licenciatura	Centro de Saúde	Feminino	11-20 anos	Faro
<b>Inventário 72 Manutenção</b>	31-40 anos	Pós-Graduação	Centro de Saúde	Feminino	11-20 anos	Faro

**Quadro 3. Caracterização dos Entrevistados (continuação)**

<b>Entrevistados</b>	<b>Faixa Etária</b>	<b>Formação</b>	<b>Local de Trabalho</b>	<b>Sexo</b>	<b>Tempo de Serviço</b>	<b>Distrito</b>
<b>Inventário 86 Manutenção</b>	31-40 anos	Mestrado	Centro de Saúde	Feminino	11-20 anos	Faro
<b>Inventário 90 Manutenção</b>	31-40 anos	Licenciatura	Hospital	Feminino	11-20 anos	Porto
<b>Inventário 96 Relacional</b>	31-40 anos	Pós- Licenciatura	Hospital	Feminino	11-20 anos	Porto
<b>Inventário 98 Manutenção</b>	41-50 anos	Pós- Licenciatura	Hospital	Feminino	11-20 anos	Porto
<b>Inventário 99 Manutenção</b>	31-40 anos	Pós- Graduação	Hospital	Feminino	11-20 anos	Coimbra
<b>Inventário 101 Manutenção</b>	41-50 anos	Pós- Licenciatura	Hospital	Feminino	21-30 anos	Porto
<b>Inventário 102 Relacional</b>	31-40 anos	Mestrado	Hospital	Feminino	11-20 anos	Porto



## 2. Propriedades elementares das identidades dos entrevistados

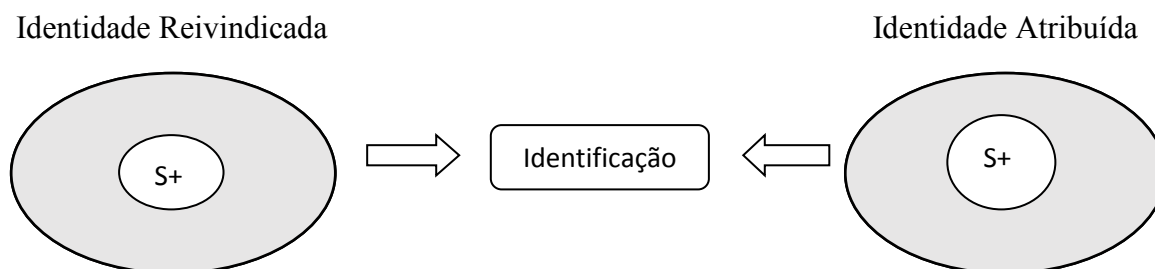
Com o intuito de conhecer as propriedades elementares dos enfermeiros entrevistados que realizaram as entrevistas, replicou-se a mesma metodologia usada para o tratamento dos inventários, mas agora apenas para caracterizar estes 19 enfermeiros. Procedeu-se à apresentação e análise dos dados do IIPS segundo as mesmas dimensões: Ser Enfermeiro, Identidades Idealizada e Rejeitada de Enfermeiro, Ambientes Formativo e de Trabalho, Influências de Equipa, Influências de Grupos, Influências Reconhecidas.

Apesar destes dados não permitirem evidenciar uma tipologia de identidade, eles permitiram caracterizar os participantes e foram muito relevantes no estímulo aos discursos dos entrevistados. Os dados deste subcapítulo respeitantes aos inventários dos enfermeiros entrevistados encontram-se tratados e esquematizados em anexo (Anexo XIV).

### **Ser Enfermeiro nos Enfermeiros Entrevistados**

O núcleo central das Identidades Reivindicadas apresenta características da dimensão das competências, da ética como a responsabilidade, o facto da profissão ser constituída por profissionais definidos como cuidadores e prestadores de cuidados, da dimensão relacional como a humanização, a disponibilidade, a empatia e ouvintes, e ainda a dimensão social como importantes e imprescindíveis.

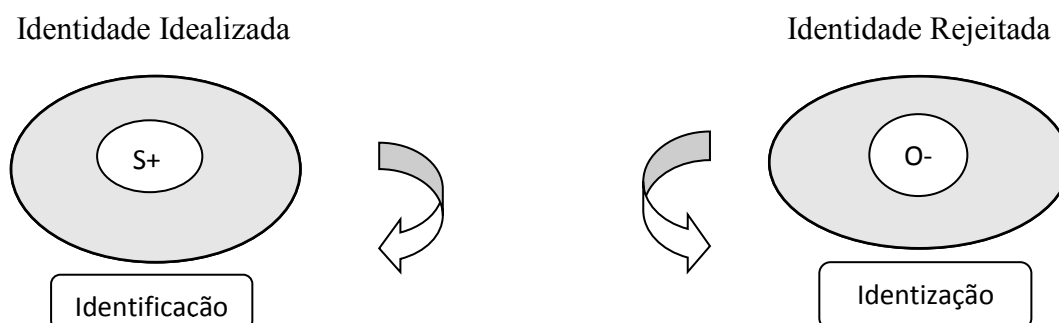
Verifica-se uma identificação elevada (Figura 33), com uma oposição de apenas 21%, com as identidades atribuídas apresentando muitas similaridades com as reivindicadas, com poucas unidades representacionais exclusivas como: atenciosos, prestáveis e com referência ao utente/doente. A oposição faz-se essencialmente por uma oposição ao pouco conhecimento, o “sabem pouco”, mas também por visualizar elementos manipuladores, corporativistas, desmotivados, desinteressados, antipáticos, ambiciosos, egoístas, desunidos, irresponsáveis e que menosprezam, estes são vocábulos diversos e sem consensos.



**Figura 33. Identidade de Enfermeiros nos Enfermeiros Entrevistados**

### **Identidades Idealizada e Rejeitada nos Enfermeiros Entrevistados**

A Identidade Idealizada possui elevadíssimo egomorfismo com 74% na sua completude, com aspirações na área socioprofissional (competências e profissional), na área do conhecimento, na área relacional (ouvinte, empático), na área da equipa, e área ética (responsabilidade). A Identidade Rejeitada é por isso de oposição nas mesmas áreas, mas com sentido contrário ao da Identidade Idealizada (Figura 34).



**Figura 34. Identidade Idealizada e Rejeitada nos Enfermeiros Entrevistados**

### **Ambientes Formativo e de Trabalho nos Enfermeiros Entrevistados**

No ambiente formativo, estes enfermeiros valorizam a aprendizagem e a atualização de conhecimentos e cuidados, a qualidade na formação, a exigência, a possibilidade de aumentarem o grau académico, mas também fazem referência à formação contínua, ao acompanhamento da evolução da prática e experiência, ao facto de serem motivadoras e despertarem conhecimento, tal como os temas específicos e os professores. No entanto, os professores também são fatores de desvalorização da formação, juntamente com os custos desta, e a formação considerada desadequada, insuficiente, e quando não é reconhecida profissionalmente.

A nível do contexto de trabalho, o trabalho de equipa destaca-se na valorização deste ambiente, estando presentes também o ambiente, o próprio trabalho, os cuidados, o

horário, o relacionamento multidisciplinar, a organização, a realização, o profissionalismo, as relações e o reconhecimento das pessoas. Estes enfermeiros desvalorizam nas suas condições de trabalho, o espaço físico de trabalho, a desorganização, as dificuldades decorrentes das carências da população, o elevado número de doentes, o excesso de trabalho e a falta de tempo, o lidar com pessoas doentes implicando a parte emocional e o viver momentos de sofrimento, o pouco respeito e reconhecimento, a pressão, o desgaste e a rotina.

### **Influências de Equipa nos Enfermeiros Entrevistados**

Nas identidades equipa também se observa a repetição de características e a elevada identificação destes enfermeiros com as identidades atribuídas equipa, com apenas 35% de oposição. Estes profissionais descrevem a sua equipa como competente, unida, responsável, disponível, dinâmica, interessada, colaborante, cuidadoras, que cuidam, prestadoras de cuidados, profissionais, empreendedores e com referência a família como alvo de cuidados. As outras equipas não se diferenciam muito (Figura 35), com destaque para o facto de serem trabalhadoras e motivadas.

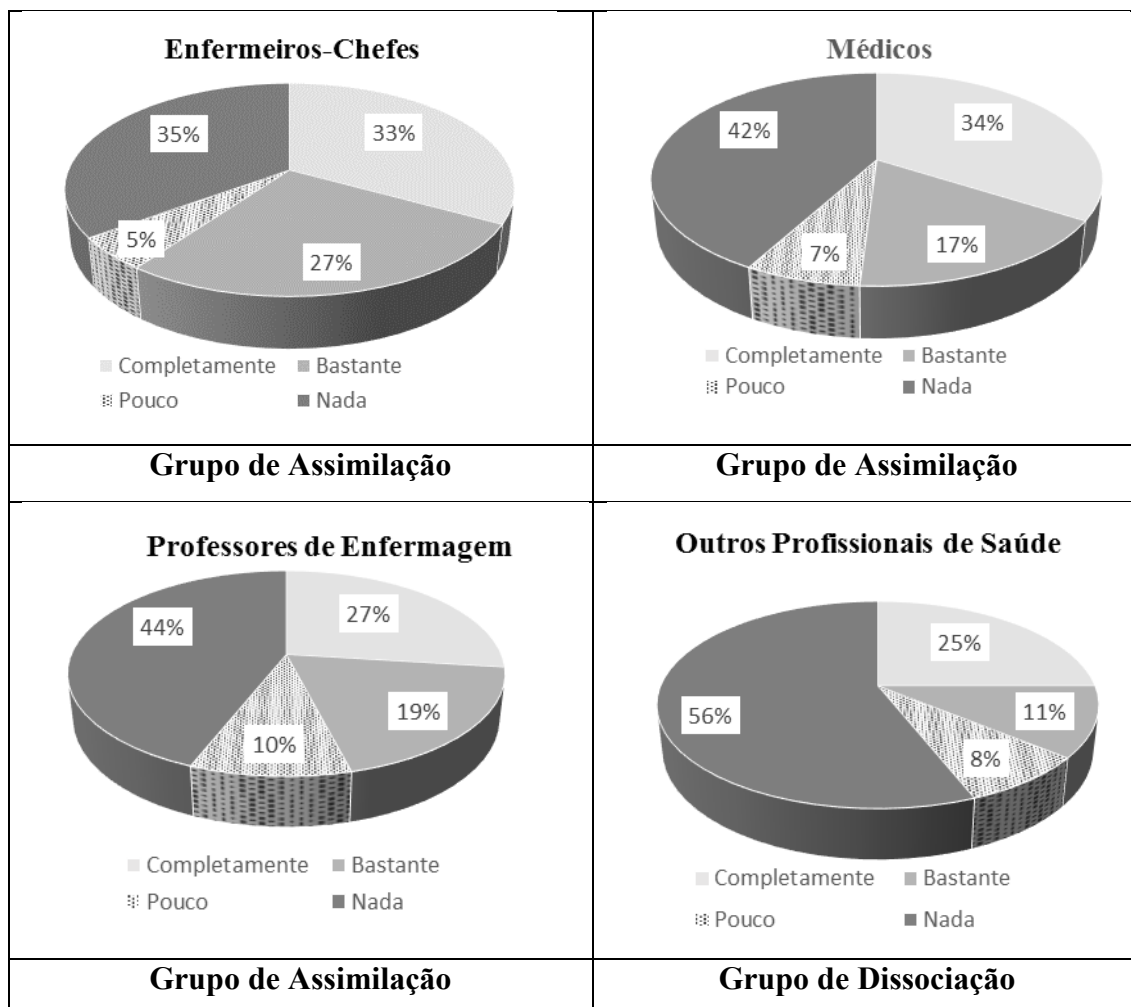
A oposição a outras equipas faz-se pela falta de interajuda, espírito de equipa, reflexividade, disponibilidade, relação, saber, união, o facto de serem separadas, dispersas, heterogéneas, fechadas, irresponsáveis, antipáticas, egoístas, que criticam, desinvestimento, rotinas, desestabilizadoras, com elementos desinteressados e com grandes erros. Portanto, verifica-se novamente dispersão na caracterização e sem consensos.



**Figura 35. Identidade de Equipa nos Enfermeiros Entrevistados**

### **Influências de Grupos nos Enfermeiros Entrevistados**

Os grupos de assimilação por grau decrescente são os enfermeiros-chefes, médicos, professores e o grupo de oposição são os outros profissionais de saúde na figura dos assistentes operacionais (Gráfico 6).



**Gráfico 6. Grupos de Assimilação e Dissociação nos Enfermeiros Entrevistados**

Os **enfermeiros-chefes** são grupo de assimilação com UR como enfermeiros, organizadores, líderes, gestores, justos, disponíveis, humanos, equipa e cuidados. A diferenciação atinge apenas 35%, e deve-se às circunstâncias de serem considerados autoritários e pouco conhecedores da prática.

Os **médicos** são reconhecidos também como grupo de assimilação com 42% de oposição, são visualizados essencialmente como competentes e fazendo parte da equipa. Nas UR de diferenciação, são descritos como pouco práticos, inseguros, teóricos, desleixados e complicados.

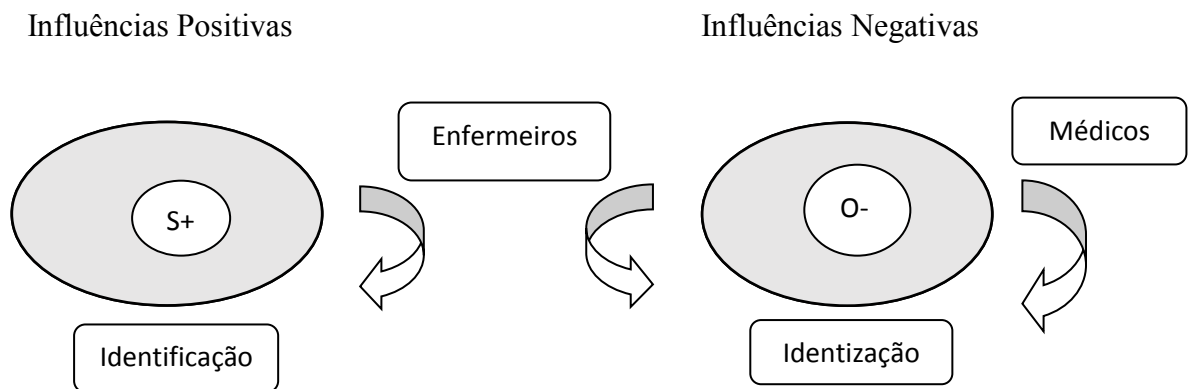
O próximo grupo de assimilação é o dos **professores de enfermagem**, com uma oposição de 44%. Este grupo é caracterizado como professores com conhecimentos de enfermagem, vistos como enfermeiros. Ainda assim, também são postos de parte por serem vistos como professores teóricos e pouco conhecedores da prática.

Os **outros profissionais de saúde** surgem como grupo de oposição, pois atingem 56% de diferenciação, e representados pelos assistentes operacionais. Apesar de serem considerados fundamentais na equipa, eles são vistos como desmotivados, despreocupados e com pouca formação.

### **Influências Reconhecidas nos Enfermeiros Entrevistados**

As Pessoas Reconhecidas como significativas são fundamentalmente enfermeiros, mas também outros, como os médicos. Estes enfermeiros que influenciaram positivamente são apreciados mais pela sua competência, conhecimento, dedicação, partilha, experiência, ajuda, compreensão, formação e antes de mais como pessoas.

Das Pessoas de Oposição fazem parte os enfermeiros, mas também os médicos, entre outros; todos se distanciam pela incompetência, inveja, intolerância, competitividade, falsidade e desleixo. Verificando-se uma identificação com as influências consideradas positivas e uma identização com as influências negativas (Figura 36).



**Figura 36. Influências Reconhecidas nos Enfermeiros Entrevistados**

## Síntese

Os enfermeiros que completaram o Método de Zavalloni e Louis-Guérin (1984) identificam-se com um elevado grau de egomorfismo como enfermeiros e com outros enfermeiros, tal como se identificam totalmente com a sua equipa e com egomorfismo pelas outras equipas. Apresentam como grupos de assimilação os enfermeiros-chefes, médicos e professores, como grupo de diferenciação os outros profissionais de saúde aqui representados pelos assistentes operacionais.

As propriedades elementares da identidade traduzem-se nos enfermeiros em todas as suas vertentes profissionais, equipa, relacionais, científicas e éticas; estes estimam o conhecimento e identificam-se com os profissionais que o possuem, mas alguns deles distanciam-se por considerarem que esses mesmos profissionais não estão implicados diretamente na prática desta profissão e por isso são desconhecedores da realidade, reclamando para *Si* a profissionalidade prática dos cuidados baseados em conhecimentos. Os enfermeiros caracterizam o reconhecimento da formação ao nível académico, mas também a valorização da formação contínua e da experiência. O contexto de trabalho é valorizado pelos cuidados e pelas relações interpessoais e desvalorizado principalmente pelas más condições de trabalho e profissionais, mas também pelas condições psicossociais.

Salienta-se o facto de ter sido procurada a inclusão de pessoas pertencentes aos quatro tipos de identidade mais identificadas, o que se traduz na dificuldade de interpretação das propriedades elementares da identidade, estes dados permitiram caracterizar estes participantes e foram muito relevantes, porque são as UR dos entrevistados que serviram de estímulos para o desenvolvimento do Método de Contextualização Representacional e consequentemente a utilização da ARA.

### 3. Apresentação e análise dos discursos dos entrevistados

Os participantes que concluíram todo o processo do Método de Contextualização Representacional de Zavalloni e Louis-Guérin (1984) estavam enquadrados nas quatro identidades identificadas no capítulo anterior: identidade de manutenção, identidade relacional, identidade de profissionalização e identidade de negociação. Assim, na análise dos dados encontram-se perspectivas de diferentes intervenientes, mostrando a diversidade e a complexidade identitária presentes na profissão, (ver redução de dados 2ª fase no Anexo XV).

No primeiro subcapítulo intitulado de Influências Sociomotivacionais articula-se a identidade reivindicada destes enfermeiros com as identidades atribuídas, confrontando as suas identidades idealizada e rejeitada, reconhecendo as influências sociomotivacionais nas identidades profissionais presentes.

No subcapítulo das Influências da Formação na Identidade Profissional compreende duas bases de sustentação: as influências da formatividade nas (re)configurações identitárias, as influências dos professores de enfermagem e as alterações propostas.

De seguida, no subcapítulo denominado Influências do Trabalho na Identidade Profissional, caracteriza a forma como os enfermeiros apreciam os seus ambientes de trabalho, é seguida das influências das equipas, dos enfermeiros-chefes, dos outros profissionais e dos médicos, tendo em conta as identificações, as diferenciações e os possíveis contributos destes grupos profissionais.

Terminando este capítulo com o subcapítulo intitulado de Influências Identificadas e Consentidas, reconhece-se as pessoas de oposição e as pessoas significativas dos enfermeiros e suas características que os une ou separa, tal como os processos de influências reconhecidos nestes processos.

### 3.1. Influências sociomotivacionais

A análise de conteúdo das entrevistas permitiu identificar que os enfermeiros maioritariamente se identificam com os seus pares significativos que se incluem no *Nós*. Na identidade atribuída dos enfermeiros a não diferenciação destes é apenas aparente, porque se identificaram três formas de se posicionarem em relação ao *Outro* Enfermeiro, ou seja, uns identificam-se com o *Alter* sem espaço de distanciamento – Identidade Atribuída de Identificação; outros que nos inventários referiam similaridades estavam a referir-se à vontade do *Alter* e por isso individualidade – Identidade Atribuída Desejada; e ainda outros apresentaram a distanciamento do *Alter* generalizado – Identidade Atribuída de Diferenciação, como se pode visualizar na Figura 37.

Na dimensão Influências Sociomotivacionais, identificaram-se as Identidades Reivindicada e Atribuída de Enfermeiros e as Identidades Idealizada e Rejeitada de Enfermeiro, com destaque para as dimensões como as Motivações, a Perceção do Desenvolvimento Profissional e a Valorização Profissional.

Nas Identidades Reivindicada, Idealizada, Rejeitada e Atribuída, foram categorizados os discursos em três categorias centrais: **a Visão da Profissão, a Visão dos Cuidados e a Visão do Alvo de Cuidados**, como esquematizado no Quadro 4. Estas categorias respondem a três questões que contribuem para conhecer as identidades profissionais que caracterizam os entrevistados e as suas influências sociomotivacionais. Pretendeu-se, na categoria Visão da Profissão, conhecer as respostas ao - Quem sou como enfermeiro? na categoria da Visão dos Cuidados responder – Como concebo os cuidados?, e na categoria Visão do Alvo de Cuidados responder – Qual o estatuto da(s) pessoa(s) cuidada(s)?.

Na categoria da Visão dos Cuidados, emergiu a subcategoria das Competências verbalizadas e consideradas fundamentais no exercício profissional, desdobradas em Científicas, Técnicas e Relacionais, respondendo ao como faço e da subcategoria da Natureza de Cuidados que explica a forma como perceciono o que o faço.

## Influências sociomotivacionais

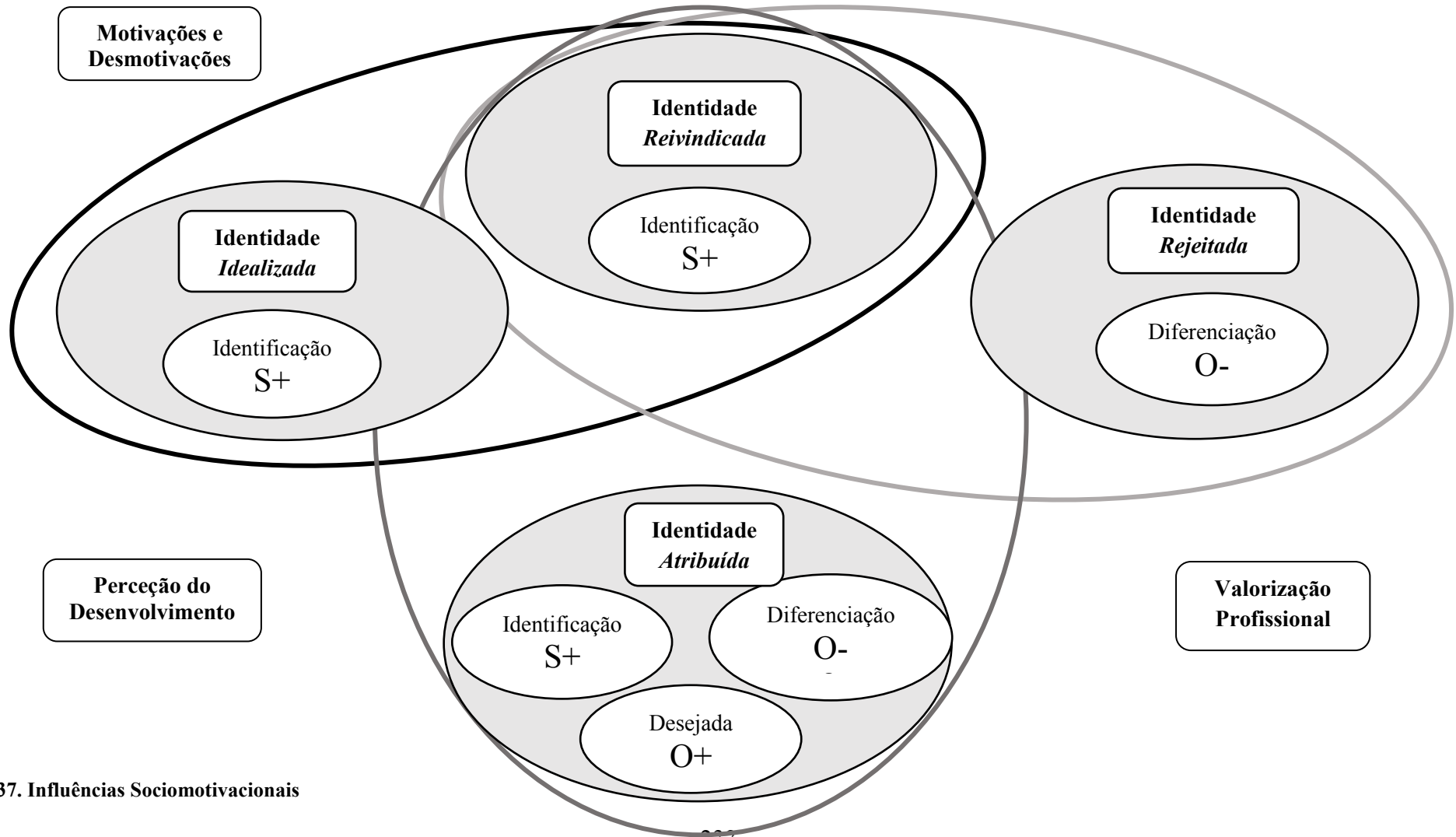


Figura 37. Influências Sociomotivacionais

Quadro 4. Matriz das Identidades Enfermeiros

<b>Identidades Enfermeiros</b>				
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Reivindicada</b>	<b>Idealizada</b>	<b>Rejeitada</b>
<i><b>Visão da Profissão</b></i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulnerabilidade do profissional</li> <li>• Vocação</li> <li>• Diferenças de outras profissões</li> <li>• Profissão qualificada</li> <li>• Trabalho de equipa</li> <li>• Baixa remuneração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transformação</li> <li>• Assumir responsabilidades</li> <li>• Organização</li> <li>• Liderança</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desinteresse</li> <li>• Ausência de partilha</li> <li>• Desunião</li> </ul>
<i><b>Visão dos Cuidados</b></i>	<b>Competências Relacionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dualidade no conceito de Empatia</li> <li>• Cumplicidade</li> <li>• Simpatia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empatia</li> <li>• Comunicação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mau relacionamento interpessoal</li> </ul>
	<b>Competências Científicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomada de decisão</li> <li>• Melhoria contínua</li> <li>• Formas de atualização profissional</li> <li>• Reflexividade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procura de evidências científicas</li> <li>• Tomada de decisão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não baseia os seus conhecimentos em evidência científica</li> </ul>
	<b>Competências Técnicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• União das competências técnicas e relacionais</li> <li>• Separação das competências técnicas e relacionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perícia técnica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem competência técnica</li> <li>• Apenas técnico</li> </ul>
	<b>Natureza dos Cuidados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perito</li> <li>• Polivalência</li> <li>• Natureza dos cuidados interdependentes e autónomos</li> <li>• Educadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perito</li> <li>• Elo de ligação</li> <li>• Ações interdependentes e autónomas</li> <li>• Promotores de cuidados</li> <li>• Gestores de projeto de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar cuidados sem conhecer a pessoa</li> </ul>
<i><b>Visão Alvo de Cuidados</b></i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visão holística</li> <li>• Foco dos cuidados na pessoa</li> <li>• Promoção de adaptação à doença</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visão holística</li> <li>• Convergente com as necessidades</li> <li>• Resolução de problemas</li> <li>• Significativo para a pessoa</li> </ul>	

### 3.1.1. Identidade Reivindicada de Enfermeiros

Na Identidade Reivindicada Enfermeiros - classificaram-se as unidades de registo em categorias e subcategorias (ver Quadro 4) - observa-se predominância da categoria da Visão dos Cuidados, seguida da Visão da Profissão e da Visão do Alvo de Cuidados, isto é, da pessoa.

#### *Visão dos Cuidados*

##### **Competências - Competências Científicas**

Os entrevistados reclamam uma identidade profissional assente nas competências, com destaque para as Competências Científicas, nomeadamente nos processos de tomada de decisão, na melhoria contínua, na atualização de conhecimentos e no processo de reflexividade.

A **tomada de decisão** é enquadrada numa pluralidade de significados que são complementares. A tomada de decisão é caracterizada pela recursividade entre a teoria e a prática clínica, no estabelecimento de prioridades, na coordenação dos saberes dos elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar, e na constatação da especificidade e individualidade dos cuidados. Algumas unidades de registo que caracterizam esta categoria são: “(...) a capacidade de pensar e de agir intencionalmente face a uma tomada de decisão” (12i.e.); “(...) *Eu* não consigo prestar cuidados de enfermagem sem decidir sem eles...” (52i.e.).

Os enfermeiros referem que a **melhoria contínua** não passa, apenas, pela procura do conhecimento, mas este deve ser aliado à melhoria do empenho no cuidar.

As **formas de atualização profissional** destes enfermeiros passam pela pesquisa em base de dados ou revistas em suporte de papel, pela procura de formações e pela partilha com *Outros* enfermeiros considerados peritos: “(...) partilhar muitas vezes saberes com outro colega que tem mais experiência (...)” (69i.e.).

A **reflexividade** coloca-se no posicionamento não apenas como um fim - eficácia, mas como um processo de reflexão e correção, com a melhoria da capacidade crítico-reflexiva: “Fazer com mais rigor e em vez de ser só eficaz, preocupar-se com o processo.” (12i.e.).

### ***Competências - Competências Relacionais***

A **dualidade no conceito de empatia** destacou-se pela quantidade de unidades de registo associadas e enfermeiros que a verbalizaram. Estes enfermeiros não concebem o conceito de empatia da mesma forma, se uns a mencionam como colocar-se no lugar do *Outro* para atender àquilo de que ele gostaria se estivesse nesse lugar; outros colocam-se no lugar do *Outro*, com o intuito de compreender e ajustar as suas decisões às dele.

Uma enfermeira (98i.e.) refere que a **cumplicidade** tem como objetivo o estabelecer confiança com a pessoa, mas que levanta questões éticas na ausência de partilha de informação com os outros elementos da equipa.

A **simpatia** é reivindicada por outra enfermeira (30i.e.), não se visualizando no seu discurso a alusão a características profissionais, mas de caráter mais comportamental e não específica dos enfermeiros.

### ***Competências - Competências Técnico-Relacionais***

Nesta categoria, existe uma ambivalência na relação entre estas competências. Uma enfermeira (17i.e.) menciona que, apesar do anseio da indissociação destas competências, elas estão **separadas** no seu quotidiano profissional, devido essencialmente à valorização social de uma ou de outra. A **união** das competências técnicas e das competências relacionais é referida por três enfermeiras (24i.e., 26i.e., 30i.e.), não se reconhecendo como enfermeiras tecnicistas, mas que aliam a técnica à relação nos cuidados.

### ***Natureza dos Cuidados***

Os enfermeiros verbalizam, quer a necessidade de serem peritos nos cuidados, quer a necessidade de uma prática mais generalista.

Nesta dualidade, prevalece o conceito de **perito** introduzido na Enfermagem por Benner (2001), em que se recorre à intuição para reconhecimento de situações que fogem do padrão, agindo antecipadamente, lidando com o imprevisível: “(...) optar pelas melhores atitudes naquele momento e poder detetá-las com a tua sensibilidade e com os conhecimentos!” (101i.e.). Acrescentando a este conceito a capacidade de descentrar do *stress* e excesso de trabalho para estar com a pessoa a cuidar e a capacidade de aliar esse conhecimento intuitivo aos conhecimentos científicos.

A prática mais generalista da profissão de Enfermagem é definida como a **polivalência**, na qual após um curto período de tempo o enfermeiro presta cuidados com qualidade, nas múltiplas áreas e contextos de atuação: “Acho que hoje em dia temos que nos adaptar um bocadinho à realidade, poucos recursos humanos para dar resposta a muita coisa, é um bocadinho a realidade de hoje.” (69i.e.).

Nos cuidados de enfermagem, verifica-se que na atividade de enfermagem coexistem funções **interdependentes** e **autónomas**, com a valorização da enfermagem nestas últimas em tomadas de decisão, com base em formulação de diagnósticos de enfermagem e a implementação de intervenções: “(...) ora implementamos prescrições de outras classes profissionais mais nomeadamente os médicos, ora temos a nossa parte autónoma onde *Nós* através da colheita de dados tomámos decisões e decidimos que intervenções é que vamos implementar, prescrevemos cuidados de enfermagem (...)” (52i.e.). Segundo um entrevistado (52i.e.), a autonomia se encontra facilitada na atuação de contextos de saúde primários onde se reveem como gestores de caso e gestores de cuidados de saúde.

As funções interdependentes não são preconizadas sem o recurso ao conhecimento científico, rejeitando-se o mero cumprimento de prescrições, valorizando-se mesmo a participação crítica nessa execução.

Uma enfermeira (98i.e.) também se percebe como **educadora**, considerando uma atividade integrante no cuidar, mas com uma perspetiva paternalista.

### ***Visão da Profissão***

No discurso dos entrevistados enquadrados na categoria Visão da Profissão, a relevância assenta na reivindicação de uma profissão única e singular, com **diferenças quanto às outras profissões**. Sendo uma profissão que exige que o profissional permaneça 24 horas junto do utente, com espaços por vezes mal aproveitados que permitem diferenciar-se de outras profissões da saúde, com conhecimentos disciplinares e conhecimentos integrais do doente, que segundo estes enfermeiros permitem cuidados específicos de enfermagem e realizar as interligações na equipa de saúde, que se traduzem por melhores resultados na prestação dos cuidados de saúde e garantia da qualidade do SNS.

O exercício profissional acarreta problemas de **vulnerabilidade** aos seus profissionais, com desgastes ao nível das relações para com a pessoa cuidada e na revolta com as condições profissionais e de trabalho.

No exercício profissional, menciona-se que não se trabalha isoladamente, mas em **trabalho de equipa**, “(...) temos que trabalhar com uma equipa multidisciplinar e para o ser e para funcionar temos que ser sociáveis, porque se não houver comunicação, se não houver interação quebram-se os elos.” (96i.e), sem esquecer a individualidade profissional de cada um.

Estes enfermeiros reivindicam a **qualificação** como característica da Enfermagem, como profissão que se distancia de Modelos de Enfermagem anteriores inscritos na história da profissão, revelando a formação académica ao nível da Licenciatura, Mestrado e Doutoramento, num ensino teórico-prático e no enquadramento de outras áreas consideradas pouco tradicionais como a investigação e a gestão.

Os enfermeiros entrevistados referem que se trata de uma profissão **mal remunerada** em relação às funções, responsabilidades desempenhadas e em comparação com outras profissões com o mesmo grau académico.

Em registos anteriores, considera-se a profissão com conhecimentos disciplinares e com qualificação académica, todavia, algumas enfermeiras referem a **vocação** como elemento crucial para a profissão e até não considerando Enfermagem como profissão: “Não seria tanto uma profissão, mas uma vocação.” (86ie.). Estas enfermeiras defendem a vocação como condição *sine qua non* para a enfermagem, referida como “o gostar de ajudar”, considerando-a fundamental antes da entrada para a formação profissional e referindo que será aprofundada e trabalhada nesses momentos, com a presença de fidelização à profissão e do espírito de sacrifício.

### ***Visão do Alvo de Cuidados***

Alguns enfermeiros reclamam para *Si* a **visão holística**, isto é, a integração nos cuidados das componentes física, psíquica e social da pessoa, que exige o recurso de competências técnico-científicas, relacionais e contextuais; com uma oposição ao Modelo Biomédico, visto como apenas valorizando a componente física da pessoa e o recurso às competências técnicas, em detrimento das outras componentes e competências. A visão holística é visualizada como estratégia de diminuição dos erros em saúde, permitindo a integração da individualidade da pessoa, porque percebe a pessoa na sua totalidade e singularidade.

Também se identifica a visão holística dos cuidados, ao constatar as suas implicações no alvo de cuidados, nos colegas, nos outros profissionais e até na profissão:

(...) ter a noção da abrangência do meu cuidado, é *Eu* ter a consciência que aquilo que *Eu* faço não tem só implicações em mim própria, mas nos *outros* e na vida, na forma como as pessoas veem os cuidados de saúde, como veem os enfermeiros como grupo profissional, na experiência que as pessoas estão a viver quer seja de doença ou não! Nos *outros* enfermeiros / profissionais e doentes! (46i.e.).

**O alvo de cuidados como foco**, isto é a centralidade dos cuidados está na pessoa, na família e na comunidade, podendo-se encontrar atuações a nível micro, meso e macro

contextuais, em que os profissionais de saúde permitem às pessoas tomar as suas decisões de saúde, conseguindo cuidados significativos para a pessoa cuidada. Noutra perspetiva de foco dos cuidados na pessoa, o enfermeiro em situações de fragilidade do doente torna-se a sua extensão.

Os enfermeiros, também, percebem que a **pessoa apresenta processos de transição** programados e não programados, que necessitam da sua intervenção e, por vezes, da sua articulação com outros profissionais de saúde, para efetuar as adaptações necessárias. A pessoa é vista como portadora de um projeto de saúde, ao qual os enfermeiros aderem para atingir os objetivos desse projeto e, por vezes, auxiliando na sua reformulação, com o intuito de “(...) estar presente na vida das pessoas e ajudá-las a atingir melhor qualidade de vida possível.” (99i.e.).

### 3.1.2. Identidade Idealizada de Enfermeiros

Os entrevistados concebem a sua Identidade Idealizada como enfermeiros principalmente na Visão dos Cuidados, seguida da Visão do Alvo de Cuidados e da Visão da Profissão, como se pode observar no Quadro 4.

#### *Visão dos Cuidados*

##### **Competências - Competências Relacionais**

O enfermeiro ideal possui a **empatia** definida na Identidade Reivindicada, numa maior intensidade. Outra competência constatada no enfermeiro ideal é a **comunicação**, como parte integrante de uma relação terapêutica.

##### **Competências - Competências Científicas**

Os inquiridos aspiram a ter maiores oportunidades de, frequentemente, **procurar evidências científicas**, de estar em constante atualização; uma das inquiridas refere mesmo:

(...) sinto que há tantas áreas em que enfermagem atua que gostaria de ter tempo para abranger e que me seriam úteis para a minha profissão e que não consigo desenvolver, porque ser enfermeiro é um mundo vasto de conhecimentos e de práticas. Conforme as situações vão aparecendo vou atualizando-me não só conhecimentos científicos de enfermagem, mas também na área da espiritualidade, da comunicação, acho isso muito importante, *Eu* gostava de aprofundar mais essas áreas. (17i.e.)

Também se pretende uma **tomada de decisão mais agilizada** e que resulte em ganhos para a pessoa, com desejo no “Pragmatismo na objetividade, na diligência e na eficiência, isto é, objetivo na tomada de decisões para conseguir ser eficiente.” (53i.e.).

### ***Competências - Competências Técnicas***

A **perícia** nas competências Técnicas em todos os procedimentos de enfermagem é uma condição que se deseja adquirir, com algumas dificuldades na abrangência de procedimentos existentes nas diversas áreas, mas que se adquire com a experiência num determinado contexto, como refere uma entrevistada: “(...) é importante ter perícia técnica, tem que ter destreza manual, tem que ter a competência técnica ou competência instrumental. Quando faz qualquer que seja... um procedimento, é importante já ter essa perícia e o mais experiente em princípio já tem adquirido todas essas competências.” (102i.e.).

### ***Natureza dos Cuidados***

Apesar de se identificar, como necessária, a polivalência no enfermeiro, na identidade reivindicada, nenhum enfermeiro aspira a esta competência na identidade idealizada, desejando-se, essencialmente, aprimorar e ter a oportunidade de ser **perito**; refere-se que é necessário tempo em desenvolvimento numa área, para conseguir atingir este nível de aperfeiçoamento, em que se “(...) sabe antecipar padrões, sabe antecipar factos, sabe colher antecipadamente dados, sabe propor respostas antes do acontecimento suceder por um conjunto de interpretações que faz inferências de análise, isso é ser perito!” (12i.e.).

Na identidade idealizada deseja-se solidificar a função de ser **elo de ligação** entre a pessoa e os outros profissionais de saúde, para conseguir gerir as situações recorrendo aos recursos disponíveis; o exemplo indicado foi a adesão terapêutica, que se articulou com todos os intervenientes, com vista à resolução da não adesão.

Os enfermeiros desejam desenvolver-se em todas as suas áreas de atuação, isto é, nos cuidados de **natureza interdependentes e nos autónomos**, não desprezando nenhum, considerando que são as suas funções; assim uma participante explicita que o enfermeiro deve “(...) ter o mesmo brio e a mesma corresponsabilidade, quer sejam ações interdependentes, quer sejam ações autónomas, senão estou a dar mais importância apenas a uma faceta da minha atuação. Não pode ser, isto é um todo, faz parte deste global!” (46i.e.).

O **papel de promotores de cuidados** é desejado, pretendendo-se que seja referência para outros enfermeiros, para que estes sejam capazes de “(...) prestar bons

cuidados, para ser bom orientador dos cuidados das pessoas, para se responsabilizar pelos atos que praticam.” (99i.e.).

Na Identidade Idealizada, ambiciona-se por conseguir ser **gestor de projeto de saúde**, num contexto que forneça “(...) as condições necessárias para que *Eu* consiga eficazmente acompanhar o projeto de saúde da pessoa.” (52i.e.).

Aspira-se que os cuidados sejam **significativos para a pessoa**, que marquem a vida das pessoas, e como refere uma participante: “(...) entrar rapidamente no coração deles (...)” (101i.e.).

### ***Visão do Alvo de Cuidados***

Os participantes idealizam **conhecer a pessoa de uma forma holística**, no entanto, indicam entraves que não possibilitam esse conhecimento: “(...) neste momento as coisas já estão mais abertas e as informações já não estão tão vedadas aos enfermeiros.” (21i.e.).

Idealiza-se que os cuidados sejam convergentes com as **necessidades da pessoa**, tendo uma das entrevistadas referido a esse propósito que desejava que a pessoa cuidada diga: “(...) fui bem tratado, tive um enfermeiro simpático, tive um enfermeiro que me ouviu, que me percebeu, que foi ao encontro às minhas necessidades.” (101i.e.).

Almeja-se, pois, resolver problemas em conjunto com a pessoa, com a equipa, sem esquecer o **poder da pessoa cuidada em decidir**.

### ***Visão da Profissão***

A **transformação** é algo pretendido na Identidade Idealizada de enfermeiro; aspira-se ao saber transformar-se, de acordo com os momentos do ciclo de vida das pessoas, as situações agudas e de cronicidade, sempre num processo de “(...) autoexame, corrigir comportamentos, estar insatisfeito e fazer sempre uma crítica pessoal.” (12i.e.).

Apesar de se considerar que o enfermeiro idealmente não comete erros, ele se errar deve ser capaz de **assumir responsabilidades**, resolver a situação e desculpar-se perante a pessoa cuidada. O enfermeiro ideal caracteriza-se por uma **organização perfeita** e uma excelente metodologia de trabalho.

Na idealização de enfermeiro, quer-se desenvolver a **liderança** nos cuidados e a gestão dos recursos.

### 3.1.3. Identidade Rejeitada de Enfermeiros

Na Identidade Rejeitada, os enfermeiros expressam oposições mais ao nível da Visão dos Cuidados e da Visão da Profissão (ver Quadro 4).

#### *Visão dos Cuidados*

##### *Ausência de Competências - Competências Relacionais*

Os enfermeiros excluem-se do grupo de profissionais de enfermagem que manifestam **maus relacionamentos interpessoais** e/ou que excluem a relação terapêutica, como explicita uma das participantes: “(...) não consegue estabelecer a relação comunicacional com o doente (...)” (102i.e.).

##### *Ausência de Competências - Competências Científicas*

Os cuidados repetitivos e sem atualizações são repudiados, tal como o executar apenas o que está prescrito; são apontados como defeitos o **não basear as práticas e os conhecimentos em evidência científica**.

##### *Ausência de Competências - Competências Técnicas*

O domínio nas competências técnicas é necessário aos enfermeiros, e aqueles que participaram nesta pesquisa distanciam-se do enfermeiro que **não sabe executar as técnicas** com perfeição, que recusa desenvolver-se e do que é **apenas técnico** e exclui a relação interpessoal nas suas intervenções.

##### *Natureza dos Cuidados*

O enfermeiro que **presta cuidados sem conhecer o doente** é identificado como estando distanciado dos enfermeiros entrevistados.

#### *Visão da Profissão*

Os enfermeiros que participaram no estudo referem a recusa do não desenvolvimento, do **desinteresse**, descrevendo aquele que adota essa atitude como o que “(...) trabalha nos mínimos (...)” (46i.e.). A **desunião**, também, não é desejável e repudia-se aquele que não colabora para a coesão da equipa e que “(...) manipula a informação e gosta de minar as coisas, de desenvolver intrigas, conflituoso.” (53i.e.). Os enfermeiros, também se opõem à **ausência de partilha**, à imposição de pontos de vista, não se preocupando com os pares “(...) não está aberta ao diálogo e nem quer conversar, porque acha que o que ela diz está sempre certo.” (17i.e.).

### 3.1.4. Identidade Atribuída de Enfermeiros

Na Identidade Atribuída de Enfermeiros, encontraram-se três tipos de orientações: a **Identidade Atribuída de Identificação**, a **Identidade Atribuída Desejada** e a **Identidade Atribuída de Diferenciação** (Quadro 5).

Verificou-se que a maioria dos enfermeiros que se enquadrava na Identidade de Manutenção, nos inventários, apresentava uma apatia aparente, ao longo das entrevistas, explicando que quando se referiu aos *Outros* enfermeiros, situou-os num desejo “(...) gosto de pensar nos enfermeiros no bom sentido, no sentido que *Eu* gostaria que *eles* fossem (...)” (42i.e.); apenas uma entrevistada (72i.e.) manteve a exclusividade na fusão da sua identidade com o *Outro* enfermeiro.

Assim, os enfermeiros entrevistados revelam ambiguidade no desejo de ser diferente e igual ao *Outro*, com predominância do sentido de pertença a um subgrupo de enfermeiros, como observado na Identidade Reivindicada e com descentração na Identidade Atribuída Desejada e de Diferenciação, em que alguns enfermeiros têm referências na Identidade de Identificação.

Neste sentido, exploraram-se as três identidades de atribuição para conhecer as aproximações e os distanciamentos dos enfermeiros participantes com o *Outro* enfermeiro.

Iniciou-se este processo, a partir do reconhecimento da Identidade de Identificação como a identidade “herdada” dos enfermeiros, seguiu-se para a Identidade Desejada para o *Outro* generalizado e a Identidade de Diferenciação como a capacidade de distanciamento profissional, na construção de uma identidade visada.

**Quadro 5. Matriz Identidade Atribuída Enfermeiros**

<b>Identidade Atribuída Enfermeiros</b>				
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Identificação</b>	<b>Desejada</b>	<b>Diferenciação</b>
<b><i>Visão da Profissão</i></b>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Importância</li><li>• Pouco reconhecimento</li><li>• Cuidadores também dos enfermeiros</li><li>• Vocação</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Importância</li><li>• União</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desmotivação</li><li>• Competitividade</li><li>• Ausência de partilha de conhecimentos e experiências</li></ul>

Quadro 5. Matriz Identidade Atribuída Enfermeiros (continuação)

Identidade Atribuída Enfermeiros				
Categories	Subcategorias	Identificação	Desejada	Diferenciação
<i>Visão dos Cuidados</i>	<b>Competências Relacionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dualidade no conceito de Empatia</li> <li>• Valorização das componentes relacionais em detrimento dos indicadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proximidade da relação</li> <li>• Empatia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Défice nas competências relacionais</li> <li>• Sofrimento na relação</li> </ul>
	<b>Competências Técnico-Científicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competências técnicas socialmente reconhecidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prática baseada na evidência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estagnação de conhecimentos</li> </ul>
	<b>Natureza dos Cuidados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versatilidade</li> <li>• Importância das referências</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção de Saúde</li> <li>• Elo de ligação</li> <li>• Polivalência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo Biomédico</li> <li>• Diferença entre cuidados de saúde primários e diferenciados</li> </ul>
<i>Visão Alvo de Cuidados</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visão holística</li> <li>• Pessoa com poder de decisão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeito pela dignidade humana</li> <li>• Pessoa com poder de decisão</li> </ul>	

### Identidade Atribuída de Identificação Enfermeiros

A identidade Atribuída de Identificação Enfermeiros, como se pode observar pelo Quadro 5, foi categorizada na Visão da Profissão, na Visão dos Cuidados e na Visão do Alvo de Cuidados – a pessoa, por ordem decrescente de número de unidades de registo.

#### *Visão da Profissão*

Os enfermeiros atribuem-se **importância** na presença contínua e logo no estabelecimento de relações, com relevância nos cuidados oncológicos e cuidados de saúde primários. Segundo alguns participantes, os ganhos obtidos na saúde pelos enfermeiros contribuem para o desenvolvimento do país, facto que realça a dificuldade de se conceberem equipas de saúde multiprofissionais sem estes profissionais.

O **pouco reconhecimento** evidencia-se na ausência de progressão da carreira e pouco reconhecimento social, “(...) a sociedade em geral tem uma visão errada daquilo que é o trabalho dos enfermeiros, só quando há uma necessidade real de cuidados de

saúde é que eles desmistificam aquilo que é o papel dos enfermeiros.” (102i.e.), apesar da formação académica atingir o nível de doutoramento e de outros profissionais admitirem a importância dos conhecimentos e das intervenções dos enfermeiros.

Os profissionais de enfermagem apresentam momentos de fragilidades, insucessos e sobrecargas, os enfermeiros são visualizados como potenciais **cuidadores dos pares significativos e enfermeiros-chefes**, para o desenvolvimento profissional: “(...) há colegas que depois não conseguem aguentar e às vezes é preciso resguardar o colega e substituí-lo naquela situação.” (72i.e.)

A **vocação** é definida como uma característica da personalidade, inata, e desenvolvida nos contextos formativos e de trabalho, sendo os enfermeiros designados por “Dadores de cuidados, porque na pessoa em que me revejo ou que personifica para mim o enfermeiro já é inato nele esta doação é dador (gratuidade e inato) de doar, que vai muito para além de uma mera prestação de serviços.” (46i.e.).

### *Visão dos Cuidados*

#### **Competências - Competências Relacionais**

Mantém-se a **dualidade da empatia**; por um lado designa-se como “(...) a capacidade de olhar para o outro, a capacidade de ajudar o outro, a capacidade de viver situações com o outro.” (72i.e.) e, por outro coloca-se no lugar do *Outro* para o poder auxiliar.

De igual forma, se denota a **valorização das componentes relacionais em detrimento dos indicadores**, como referido por uma enfermeira: “Preocupamo-nos demais em ajudar o outro e deixamos a parte burocrática para trás e é da parte burocrática que saem os indicadores do nosso trabalho, não é do sorriso do utente!” (53i.e.).

#### **Competências - Competências Técnico-Científicas**

As **competências técnicas são socialmente reconhecidas**, porque está: “(...) implícito para a sociedade que estes atos técnicos, que são feitos há muitos anos pelos enfermeiros e que têm formação para aquilo, sendo feito pelos enfermeiros é bem feito.” (52i.e.), assim, os enfermeiros procuram ser exímios nestas competências.

#### **Natureza dos Cuidados**

Sobre os cuidados, reconhece-se a necessidade de **versatilidade** para intervir na imprevisibilidade do cuidar, “(...) significa que dão respostas em múltiplos contextos, porque *Nós* trabalhamos muito sem rede, não é tão programável como pensamos.” (46i.e.).

Os enfermeiros reconhecem a importância e a existência de pares com quem se identificam, considerados como **referências** profissionais, que baseiam a prática na evidência num trabalho colaborativo.

### ***Visão do Alvo de Cuidados***

Os participantes explicitam que os enfermeiros tentam ter uma visão do ser humano na sua completude, denominada de **visão holística**, não se centrando na doença, mas na pessoa, opondo-se ao Modelo Biomédico que atribuem ao exercício profissional dalguns médicos.

Reconhecem, na **pessoa cuidada, um poder de decisão** em que o profissional deve esclarecer e acompanhar nesse processo de decisão, mesmo que implique renunciar ao processo de cura e privilegiar o alívio do sofrimento.

## Identidade Atribuída Desejada de Enfermeiros

A **Identidade Atribuída Desejada de Enfermeiros**, como referenciado no Quadro 5, foi categorizada na Visão dos Cuidados, na Visão da Profissão e na Visão do Alvo de Cuidados, por ordem decrescente de número de unidades de registo.

### ***Visão dos Cuidados***

#### ***Competências - Competências Relacionais***

A **proximidade da relação**, apesar de desejada nos profissionais enfermeiros, é ambígua, uma vez que foi considerada uma vantagem para os cuidados, mas uma desvantagem para o reconhecimento profissional, todavia “(...) é uma vantagem que se sobrepõe à desvantagem.” (90i.e.).

Os enfermeiros identificam-se com a necessidade de **empatia** cuja existência gostariam de constatar em todos os seus colegas, como tentar “(...) compreender a situação do doente e pores-te no lugar dele, depois tentas ajustar a tua resposta (...)” (24i.e.).

#### ***Competências - Competências Científicas***

Verifica-se a existência do desejo de que todos os enfermeiros procurem **fundamentar os seus cuidados** no conhecimento, ou pesquisando, ou procurando junto

dos pares considerados mais experientes e atualizados essas fundamentações. E quando existe a referência às funções interdependentes, indica-se ser necessário ir mais além do prescrito.

### *Natureza dos Cuidados*

Denota-se o reconhecimento da **promoção de saúde** presente na profissão, “(...) ajudar a alcançar a saúde, promover a saúde delas.” (98i.e.), mas pretendia-se que estivesse, frequentemente, presente em todos os enfermeiros.

Encontrou-se presente a ideia de que “Os enfermeiros são o **elo de ligação** entre o doente e os outros profissionais.” (46i.e.).

Apesar de se considerar de extrema importância o desenvolvimento de peritos, admitindo-se que os enfermeiros “(...) terão apetência para uma certa área, mas conseguem dar resposta a todas áreas (...)” (69i.e.), ambiciona-se que os enfermeiros sejam capazes de intervir em múltiplos contextos, isto é, que sejam **polivalentes**.

### *Visão da Profissão*

O reconhecimento da **importância dos enfermeiros** torna-se o objetivo essencial a atingir, desejando-se que sejam todos reconhecidos como imprescindíveis às instituições de saúde.

Verificou-se, ainda, que os enfermeiros identificavam e desejavam a **união**, mas que consideram que nem todos os profissionais são unidos.

### *Visão do Alvo de Cuidados*

Os participantes revelam que era importante os enfermeiros não transmitirem apenas informações e não imporem as suas diretrizes, mas olharem a pessoa com **poder de decisão**, aceitando que, por vezes, “(...) esquecemos de ouvir o outro, de perguntar o que ele precisa, ou o que ele espera hoje da enfermeira.” (101i.e.).

Na atividade de enfermagem, os enfermeiros deparam-se com situações que podem colocar em causa a **dignidade humana** e uma enfermeira alerta para a necessidade de “(...) respeitarmos a pessoa e a sua dignidade.” (99i.e.).

## Identidade Atribuída de Diferenciação

Os enfermeiros defendem a sua especificidade, ao se distanciarem e apresentarem oposições a determinadas práticas que lhes são atribuídas. Rejeitam Identidades Atribuídas, essencialmente, baseadas em características na Visão dos Cuidados e na Visão da Profissão (Quadro 5).

### *Visão dos Cuidados*

#### **Défices nas Competências - Competências Científicas**

Os enfermeiros não aceitam a identidade que lhes atribuem caracterizada pela **estagnação do conhecimento** e necessidade de evoluir, afirmando que: “(...) temos que coordenar as coisas de maneira a fazer as coisas certas, na altura certa e não só ficar restringido com o que sempre se fez.” (12i.e.). Referem que as gerações mais novas estão mais preparadas a nível teórico, mas que têm dificuldade nas exigências ao nível da prestação dos cuidados, o que poderá ser ultrapassado com as sinergias de diferentes gerações de enfermagem.

#### **Défices nas Competências - Competências Relacionais**

Os participantes diferenciam-se da Identidade Atribuída de Enfermagem com **défices nas competências relacionais**, essencialmente nas comunicativas e empáticas, características atribuídas aos “(...) enfermeiros executantes que preferem estar fora da relação direta com os outros (...)” (46i.e.).

Alguns enfermeiros, apesar de considerarem que existem contextos onde a intervenção dos profissionais de enfermagem é mais valorizada, como nos serviços de oncologia, têm dificuldade em lidar com o sentimento de **sofrimento prolongado** que se instala nessas relações.

### *Natureza dos Cuidados*

Os entrevistados não aceitam a Identidade Atribuída como tecnicistas ou executantes, consignada por eles ao **Modelo Biomédico**; opõem-se ao distanciamento entre a técnica e a relação, tal como a função exclusiva de realização de prescrições de outras classes profissionais.

Nas suas intervenções, sejam elas autónomas ou interdependentes, os enfermeiros reclamam a necessidade de se valorizarem “(...) o processo que levou até ao fim ou o objetivo alcançado” (12i.e.), considerando que a sociedade “(...) não nos vê na

globalidade como decisores, promotores de adaptação à doença e gestores do projeto de saúde da pessoa, mas como pessoas que são avançadas tecnicamente, atenciosos e preocupados com as pessoas.” (52i.e.).

Alguns enfermeiros, que exercem em cuidados primários, reclamam **diferenças** nas suas identidades, em relação aos enfermeiros de cuidados diferenciados.

Os enfermeiros dos cuidados de saúde primários defendem que respeitam mais a decisão da pessoa, com atividades mais ligadas à promoção, prevenção, aceitação da doença e atribuem aos enfermeiros de cuidados diferenciados a conceção paternalista do cuidar. Esta atribuição é justificada, pelos primeiros, pelo facto de os segundos lidarem com situações-limite e com um maior sofrimento tanto na relação com a pessoa cuidada “(...) a apoiar e esquecerem-se dos próprios sentimentos, da própria vivência pessoal.” (86i.e.), como nas condições de trabalho de stress e trabalho por turnos.

### ***Visão da Profissão***

Os enfermeiros afirmam que se encontram numa fase difícil, com **desmotivações**, com identificação de situações de *burnout*, mas não aceitam que isso tenha para si uma implicação no desenvolvimento profissional e empenho, porque segundo uma entrevistada: “Motiva-me a esperança na mudança, nunca desisto dos meus objetivos!” (101i.e.).

A **competitividade** que lhes é exigida nos contextos de trabalho é contestada, explicitando-se que se apoiam no trabalho colaborativo “(...) exerço a minha profissão no melhor possível e ajudando os colegas.” (21i.e.).

Num ambiente profissional conturbado, estes profissionais não aceitam a **ausência de partilha de conhecimentos e experiências**: “Gosto de pedir a opinião, partilhar e trabalhar em equipa.” (17i.e.).

### 3.1.5. Motivações e desmotivações

Os enfermeiros entrevistados verbalizam mais fatores de descontentamento que motivações no seu desempenho profissional. No entanto, encontram formas de motivação que superam os desencantos profissionais.

A causa que foi frequentemente apontada como **descontentamento** com a profissão foi a **ausência de progressão na carreira**. Os enfermeiros sentem-se defraudados, porque lhes vedaram o aumento remuneratório, não lhes valorizando a formação e a experiência profissional, considerando que até houve um retrocesso: “(...) tudo o que se tirou, da carreira como está, dos incentivos como estão, da formação que é feita e não é valorizada. Sinto-me desmotivada com a profissão e acho que os outros também.” (96i.e.). Outra causa que foi referida como fonte de desmotivação é o **excesso de trabalho e o cansaço**, com reconhecimento de *burnout* em alguns colegas, aumento do absentismo e a necessidade de trabalharem quando estão doentes, com implicações na qualidade dos cuidados prestados: “É impossível passar por essas condições de exigências e manter o mesmo discernimento, o mesmo *élan*, a mesma força de vontade, e *Eu* reconheço que *Eles* trabalham em condições de muita exigência.” (46i.e.). Outras causas que provocam descontentamento são: **os conflitos entre pares, a incompreensão e o autoritarismo das hierarquias, o acomodar-se às situações, a falta de recursos materiais e humanos e o não reconhecimento dos utentes**, que desvalorizam o trabalho dos enfermeiros em relação ao trabalho dos médicos.

No entanto, face às adversidades, a maioria dos enfermeiros consegue **motivar-se** para a profissão, facto que se deve **ao gostar da profissão**, quer seja pela **vocação** sentida: “Então temos que ter uma força extra que poderá ser o que considero a vocação e o gosto por aquilo que estamos a fazer, que nos permite estarmos expostos a estas situações sem para que *Nós*, seja devastador!” (72i.e.), quer pela possibilidade de causar **ganhos diretos nas pessoas**, como exemplificado por duas entrevistadas: “(...) consigo estar motivada, envolvida e vinculada, desde que acredite no que estou a fazer e que faça sentido (...)” (12i.e.); outra enfermeira motiva-a “(...) prestar melhores cuidados a cada momento, sejam eles cuidados diretos, sejam eles poder ser referência na prática para outros (...)” (46i.e.).

Os enfermeiros, também, acreditam e esperam a **mudança**: que sejam **valorizadas a sua experiência e formação**, poder **fornecer cuidados significativos para a população, ganhar o reconhecimento, possibilidade de investir e desenvolver a Enfermagem como ciência**.

### 3.1.6. Perceção de desenvolvimento

Os enfermeiros que participaram neste estudo descrevem o seu desenvolvimento profissional como estando baseado no **aumento de conhecimentos, competências, habilidades e sentido crítico-reflexivo**, no desenvolvimento da **intuição** para lidarem com os problemas na **aproximação aos seus modelos de referência**, contribuindo para eles serem também referências, e no **reconhecimento da importância dos modelos teóricos**.

Constatam que tiveram que realizar a **passagem de uma imagem idealizada da profissão a uma mais realista**, com uma ideia mais pragmática e com a desilusão das mudanças ocorridas a nível profissional, da carreira e remuneratórias. Também constatam que se **distanciaram do Modelo Biomédico** que referenciava a sua prática, no início da profissão, **conquistando autonomia nas decisões e intervenções**. Aprenderam que a **adequar as suas intervenções**, tornando os seus **cuidados mais individualizados e contextualizados**, quer a lidar com o sofrimento, protegendo-se ao **não se envolver em demasia com o utente e a família**, na tentativa do estabelecimento de uma barreira imaginária entre local de trabalho e a sua casa.

### 3.1.7. Valorização profissional

A profissão de Enfermagem, segundo os participantes, deve-se valorizar, especialmente, ao nível da **formação académica e especializada**, apesar de se reconhecer a ausência de repercussões na carreira ou monetárias, e ao nível da **formação contínua com colaboração interpares, estágios em outros contextos** e possibilidade de se **elaborarem e implementarem projetos**. Outra forma de valorização profissional, segundo os entrevistados, passa pela aposta na **autonomia profissional**, sem esquecer as margens cinzentas de atuação que são fornecidas pelas funções interdependentes. A autonomia foi referenciada em áreas como: **a vigilância assistida, adesão à terapêutica, prevenção e educação para a saúde, aposta na intervenção nos domicílios, promoção de autocuidados, capacitação para as transições e gestão da doença crónica**.

O **reconhecimento social** também se aspira, o que se reconhece com o desejo de **participação dos enfermeiros em reformas de saúde, de aumento do número de**

**enfermeiros no SNS e de divulgação à sociedade sobre os ganhos em saúde** que os enfermeiros proporcionam, tal como as suas **intervenções**. Os enfermeiros esperam, assim, **mudar a imagem social dos enfermeiros**, tal como a **valorização económica da profissão e a progressão na carreira**.

São menos verbalizadas outras mudanças para a valorização, como: **a necessidade de triar os enfermeiros por entrevistas, em substituição das notas, com intuito de descobrir a vocação na entrada ao ensino superior; a presença dos enfermeiros em setores menos tradicionais como os das medicinas complementares e cargos políticos; o aumento do número de enfermeiros nos cuidados de saúde primários; o aumento da participação, dentro das equipas multidisciplinares; o desenvolvimento da inovação, investigação e tecnologia; a melhoria e simplificação dos sistemas de informação para aumentar a presença junto do utente.**

### 3.2. Influências da formação na identidade profissional

Ao procurar conhecer as influências da formação na identidade profissional e sem querer perder de vista o objeto de estudo desta tese – a influência das lideranças na identidade profissional de enfermeiros – verifica-se que, nas formas de atualização e desenvolvimento profissional, são descritas as formações formais, mas mais predominantemente a pesquisa e leitura de investigação científica e a partilha de conhecimentos e experiências com pares, definindo-se estes como exemplos, experientes, peritos e referências. As necessidades de formação mencionadas são, essencialmente, o desejo da aprendizagem constante, seguida da possibilidade de evolução profissional e do interesse no conhecimento de outras realidades e de pares, para partilhar saberes e experiências.

Estes enfermeiros, ávidos por partilhar conhecimentos, num clima de colaboração e de desenvolvimento individual e coletivo, referem-se aos diversos contextos formativos, enquadrando-os numa perspetiva passada, presente e futura de desenvolvimento profissional e identitário. Posteriormente, abordam-se as valorizações da formação por estes profissionais, reconhecendo-se as suas aspirações e motivações formativas.

### 3.2.1. Tipos de Formação

A formação foi percebida pelos enfermeiros participantes como formação formal, ou seja, a formação inicial de Enfermagem (Bacharelato e/ou Licenciatura), a formação Pós-Graduada (Pós-Graduações, Pós-Licenciaturas, Mestrados profissionais e acadêmicos e Doutorado) e a formação em serviço. Quanto à formação informal contínua alternativa, esta é referente a formações apoiadas pela indústria farmacêutica e a formação informal entre pares, tornando-se esta formação entre pares mais relevante, visto ser mais referida neste tipo de formação.

#### ***Formação Inicial***

Os enfermeiros mencionam que a Formação Inicial influencia os cuidados na aprendizagem da disciplina de Enfermagem, esclarecendo que no Curso de Enfermagem “(...) aprendi o básico que depois fui desenvolvendo com a prática clínica.” (96i.e.). Os entrevistados referem que esta formação lhes permitiu a aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de capacidades de atualização desses conhecimentos, mas que foi no exercício da prática como profissionais que fortaleceram as suas competências profissionais.

Apesar de considerarem a aprendizagem de conhecimentos científicos da área profissional e o desenvolvimento de capacidades de atualização contínua, destacam a Formação Inicial para a construção da sua identidade profissional:

(...) quando vamos para formação a nossa própria maneira de pensar, de ser e de estar, também, vai mudando e melhorando. (86i.e.);

A formação-base influenciou, no sentido em que me deu determinadas formas de pensar, em que *Eu* delineei um caminho e disse que era por ali que queria ir. Não consegui ir pelo caminho que queria inicialmente e acabei por desistir em muitos sentidos, mas estruturou a minha forma de pensar e agir. (98i.e.).

Destaca-se a visão do professor como modelo profissional: “(...) o professor X que me norteou durante muito tempo naquilo que acreditava ser o caminho a seguir e, como tal, a minha postura enquanto enfermeiro resultou, também, muito daquilo que ouvi no curso.” (52i.e.).

Contudo, a Formação Inicial foi referida como sendo baseada num ensino tradicional, pelo seu carácter intenso, com muitas aulas em sala de aula e estágios, com formas de ensino tradicionais; uma formação centrada no professor e nos conhecimentos, caracterizada pela distância da relação entre professor-aluno, com professores demasiado

preocupados com a imagem profissional e social dos alunos, e com o caráter ameaçador da avaliação.

Após analisar como alguns enfermeiros concebem os impactos da Formação Inicial, tanto no exercício profissional, como na sua identidade, pretende-se compreender as implicações de outro contexto formativo formal, a Formação Pós-Graduada.

### ***Formação Pós-Graduada***

Os enfermeiros, que se referiram à Formação Pós-Graduada, mencionam que esta permitiu realizar a articulação das disciplinas consideradas teóricas com a prática clínica e que, com a formação inicial, isto não aconteceu. Os entrevistados, também, valorizam a possibilidade de, neste tipo de formação, se aprofundarem e desenvolverem conhecimentos científicos, técnicos, relacionais e de pensamento crítico, que os capacitam para serem enfermeiros especializados:

- (...) capacitado mais para o exercício em determinada especialidade (...) (46i.e.);
- (...) dotaram-me de mais recursos teóricos e práticos para conseguir fazer a enfermagem que acredito (...) (52i.e.);
- Na relação profissional, rigorosa e com maior eficácia na comunicação. (53i.e.);
- A Pós-Graduação refinou em termos de pensamento crítico. (99i.e.).

A Formação Pós-Graduada, também, foi identificada como estratégia de desenvolvimento profissional e de negociação identitária, referindo-se a passagem de uma visão de profissão que valorizava mais as funções interdependentes para a visão de uma profissão com maiores possibilidades de autonomia profissional e de participação no desenvolvimento profissional de outros enfermeiros: “(...) aprofundo mais as coisas, ter mais atenção ao papel do enfermeiro especialista na equipa de enfermagem, na formação dos outros colegas e na orientação de alunos de enfermagem.” (72i.e.).

Apesar de estes efeitos positivos serem referidos pela maioria dos enfermeiros, alguns definem esta formação como dispendiosa, pouco flexível, sem apoios; por vezes são referidos entraves pelos enfermeiros-chefes e a falta de reconhecimento monetário ou social:

- (...) outras pessoas investirem em especialidades, mestrados... é como *Eu*, não existiram facilidades para formação. Existem outras profissões com muito mais facilidades em que lhe é proporcionado muito melhor e os enfermeiros não são valorizados – tira-se formação e é apenas um investimento pessoal, há mais-valias no dia-a-dia porque proporcionam melhores cuidados, mas não há reconhecimento monetário e social! (21i.e.).

Somente uma pessoa (98i.e.) refere que a Pós-Licenciatura não proporcionou qualquer tipo de desenvolvimento profissional.

Os enfermeiros não se referiram apenas a formações formais institucionais de ensino superior e académicas, verbalizaram também a influência da Formação em Serviço no seu desenvolvimento profissional

### ***Formação em Serviço***

A maioria dos enfermeiros refere que existe Formação em Serviço nos seus locais de trabalho, existindo um plano de formação anual e adaptado conforme as necessidades dos enfermeiros, em que os enfermeiros são formandos e formadores. Para determinadas áreas, recorre-se a formadores não enfermeiros, utilizando nestas formações metodologias de trabalho de grupo para apresentação:

No início de cada ano (setembro) são avaliadas as necessidades, é feito um relatório em que se avalia as necessidades de formação. Depois, a partir daí é estipulado um plano formativo para o ano, são estabelecidos grupos de trabalho dentro da equipa segundo aquelas áreas que se estipularam e trabalha-se. Ao longo do ano, vão surgindo outras áreas que é necessário trabalhar, então constitui-se outros grupos e trabalha-se noutras áreas. Depois, por ano há sempre 4 a 5 reuniões de serviço onde se fazem pontos de situação, discutem-se as temáticas ou apresenta-se aquilo que se está a trabalhar (102i.e.).

Por vezes, as adaptações ao plano são feitas em função das dificuldades ao nível dos recursos humanos: “(...) colocamos os itens que gostaríamos de abordar, mas depois vai passando o tempo e chega ao fim do ano e não conseguimos. Não conseguimos organizar porque somos tão poucos, andamos a dar resposta a tantos setores – unidades móveis, cuidados continuados... - que depois não conseguimos!” (69i.e.).

Os entrevistados consideram, de suma importância, a formação em serviço como oportunidade de partilha e desenvolvimento profissional, mas também referem outras fragilidades na formação em serviço, como a reduzida quantidade de formações e a pouca adesão por parte dos enfermeiros.

As estruturas de formação institucionais referidas são: a Administração Regional de Saúde (ARS), nos cuidados de saúde primários, assinalada como local situado longe dos contextos de trabalho e com oferta formativa insuficiente, e os Departamentos de Formação Permanente (DEP), nos cuidados diferenciados, caracterizados por formações universais e repetitivas para todos os enfermeiros da instituição, sem atender às especificidades dos formandos e dos contextos, com insuficiente divulgação, sendo que as formações ministradas são designadas como desinteressantes e por uma entrevistada até como desatualizadas.

Alguns enfermeiros chegam a expressar que não existe formação em serviço: “(...) no meu contexto de formação profissional no meu dia-a-dia, não existe um plano de formação anual, semestral ou mensal, que as pessoas possam participar nos temas ou que possam sugerir, para que de alguma forma haja uma continuidade de formação em serviço, relacionada em contexto com a nossa prática profissional do dia-a-dia. O que fazemos naquele serviço.” (30i.e.).

A formação em serviço foi considerada em momentos formais de aprendizagem com tempos, espaços e até estruturas formais, momentos estes organizados e planeados, mas nem sempre concretizados. Outro formato de formação mencionado designa-se por formação contínua, com estruturas e apoios exteriores aos enfermeiros e formais, mas predominantemente e de forma muito evidenciada urge falar da relevância da formação informal para a construção identitária e o desenvolvimento profissional.

### ***Formação Contínua***

O conceito de Formação Contínua é referido por uma enfermeira como formação apoiada pela indústria farmacêutica; todavia, a maioria dos enfermeiros que indicou este tipo de formação enquadrou-o na Formação Informal.

A formação Informal é percecionada como momento de reflexão individual e em grupo, sendo preponderante na formação de colegas e na própria formação, quer numa tentativa de colmatar dificuldades em grupo, quer inserida no quotidiano profissional, como parte integrante do exercício profissional:

(...) sempre na partilha, deveria estar numa passagem de turno, numa reunião de serviço, todos os momentos deveriam ser de partilha e aprendizagem entre os pares, essa formação por si só nunca deveria ser chamada de formação, devia ser partilha de conhecimento e abrangente a todos. (86i.e.);

(...) fundamental que *Eu* consiga fazer algum *coaching* ou acompanhamento dos colegas que começam esta tarefa agora e, sobretudo, incentivá-los a partilhar como é que *Eles* se sentem, se se sentem capacitados ou não, discutirmos o que aconteceu; *Eu* acho que a formação não deve ser só de coisas que ainda não sabes, ou de questões que queres aprofundar, mas faz muito sentido que a formação tenha estes momentos e ao falar faz-se reciclagem daquilo que é o teu dia-a-dia e todos contribuem com os seus conhecimentos. (46i.e.).

Apesar de alguns enfermeiros considerarem a importância da formação contínua como informal, estes também referem que desejavam controlar essa formação com um planeamento formal, para se conseguir a intensificação e proliferação da formação informal, não levando em conta se transformam o informal em formal.

As formações formal e informal, nos diversos contextos formativos, foram claramente valorizadas por estes profissionais, apresentando pontos fortes e fragilidades. Estas formações poderão ser transformadas e aperfeiçoadas, ao considerarem-se as experiências formativas e de trabalho dos formandos, tais como as suas expectativas e representações.

### 3.2.2. Valorização da formação

A formação profissional dos enfermeiros é valorizada, quando contribui para o desenvolvimento profissional, articula a teoria e a prática, se adequa ao projeto profissional, capacita para criar referências para os pares, prima pela organização e possibilita a partilha de conhecimentos.

O **desenvolvimento profissional** encontra-se profundamente ligado à identidade profissional destes enfermeiros, que percecionam a evolução nos saberes de Enfermagem e dos cuidados, ao longo do seu percurso, com implicações identitárias:

Tem sido fundamental, para haver decisão em enfermagem tem que haver um corpo de conhecimentos profundo e atual, sem a formação contínua, as pessoas ficam estagnadas no tempo e logo coartadas da melhor decisão.” (52i.e.);  
(...) agora sinto uma coisa natural, sinto que estou a desempenhar ações de forma mais natural, que são mais espontâneas, que apesar de serem mais fundamentadas e terem um grande trabalho por trás, adiro com mais facilidade. Consigo isso com experiências e com a formação que tive, ao longo do meu percurso profissional, com as situações que fui vivendo, ao exemplo das colegas que fui seguindo e pela busca de novos conhecimentos, através da formação. (99i.e.).

Deseja-se a **articulação entre a teoria e a prática** para a formação destes enfermeiros, mas os entrevistados valorizam os conhecimentos que estejam diretamente envolvidos com a sua prática profissional, na procura de uma teoria-prática:

Não ser algo teórico, mas ser algo com uma componente concretizável e que tenha aplicabilidade com a prática profissional e isso tem a ver com uma boa conduta. (53i.e.);  
(...) tem servido para atualizar os meus conhecimentos e depois conseguir adaptá-los à prática; muitas das vezes temos os conhecimentos e não os conseguimos adaptar, mas tenho conseguido transportá-los para a prática e tenho conseguido que os meus cuidados tenham tido uma qualidade diferente, com a aplicação desses conhecimentos que trago.” (69i.e.).

A formação, para ser significativa para estes profissionais de enfermagem, não pode ser imposta, deve partir da vontade e de um entusiasmo que corresponda ao **seu projeto**

**profissional em desenvolvimento**, sem receio de recorrer a outras áreas de formação, com o intuito de enriquecer como profissional:

Há uma adequação ao projeto pessoal, profissional e académico, portanto deve haver uma sinergia entre o que se aprende e do ponto de vista que pode ter a representação em termos académicos, mas depois também na prática, também tem que se adequar, ou fazer refletir também! (12i.e.);

O meu contexto formativo foi mesmo abrangente, *Eu* não me dediquei, única e exclusivamente, à Enfermagem, tenho formação em várias áreas – na área da gestão, humanitária, gestão de projetos, liderança, gestão de equipas; por isso, permite-me ter uma intervenção muito mais abrangente do que se só me tivesse rotulado só pela enfermagem e desenvolvesse só a área de competências da enfermagem, seja a área qual fosse. (53i.e.).

Os enfermeiros participantes valorizam a **organização da formação** de um modo rigoroso e possível de controlar, admitindo até a necessidade deste mesmo controlo na formação informal: “(...) apesar de ser informal tem que ter organização num sentido de ter um objetivo, ser estruturado, de ter uma forma, senão as pessoas perdem-se!” (46i.e.).

Outra valorização da formação prende-se com a **partilha de conhecimentos entre pares e outros profissionais**: “(...) conhecer outros profissionais do mesmo grupo profissional ou de outros grupos! E que possamos trocar experiências, trocar conhecimentos, possamos trocar experiências uns com os outros, dos nossos serviços, de outras profissões. Que nos consigam ajudar a saber mais coisas que nos possam ajudar na prática do dia-a-dia, diária, nos cuidados.” (30i.e.).

A possibilidade de serem considerados **referências para os seus pares**, foi uma das características valorizadas nas formações formal e informal por estes enfermeiros: “É aprenderes as coisas num serviço como o nosso, que se for a ver é um dos centros de muitas referências das várias especialidades e acaba por ser importante estar dentro dos conhecimentos” (101i.e.); “Porque há sempre alguém a quem reconhecês esse papel de sénior ou de líder que faz o acompanhamento durante a aprendizagem, (...) é preciso que os adultos assimilem e integrem, e por isso haver esse acompanhamento ao longo do tempo é fundamental, através da formação informal.” (46i.e.).

Os enfermeiros acreditam numa formação que corresponda às suas expectativas e ao seu desejo de desenvolvimento profissional, numa profissionalidade prática baseada em conhecimentos científicos de enfermagem e em outros conhecimentos disciplinares, com a partilha desses conhecimentos entre pares ou interprofissionais, numa aspiração de formatividade formal e informal na liderança clínica, sendo simultaneamente líderes e liderados num ambiente colaborativo.

### 3.2.3. Influências dos Professores de Enfermagem

Como pudemos verificar, na caracterização dos contextos formativos dos participantes, as Formações Inicial e Pós-Graduada apresentam significações e representações diferentes, o que poderá explicar as diferenciações e as identificações face aos profissionais de educação formal dos enfermeiros – os professores de enfermagem e os formadores formais (Quadro 6).

Os enfermeiros situam-se num eixo de dois sentidos, por um lado de diferenciação, por outro de identificação com estes profissionais, revelando maioritariamente ambiguidades identitárias com este grupo profissional. Existe apenas uma pessoa (12i.e.) que se identifica totalmente com este agente educativo e quatro enfermeiros (21i.e., 26i.e., 72i.e, 96 i.e.) que se distanciam na sua totalidade dos professores de enfermagem, o que explica a ligeira tendência de diferenciação profissional, quando analisada no seu conjunto.

**Quadro 6. Matriz Identificação com os Professores de Enfermagem**

<b>Identificação com os Professores de Enfermagem</b>			
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Identificação</b>	<b>Diferenciação</b>
<i>Visão da profissão</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelos</li> <li>• Referências</li> <li>• Complementaridade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconhecedores dos contextos de trabalho dos enfermeiros</li> <li>• Áreas de atuação diferentes</li> </ul>
<i>Competências</i>	<b>Relacionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proximidade da relação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distância da relação</li> <li>• Parcialidade</li> </ul>
	<b>Formativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exigência</li> <li>• Motivadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apenas transmissão de conhecimentos</li> <li>• Desmotivadores</li> </ul>
	<b>Científicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constante atualização de conhecimentos</li> <li>• Detentores de conhecimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desatualização de conhecimentos</li> </ul>

## Diferenciações com os Professores de Enfermagem

A diferenciação dos enfermeiros entrevistados com os professores predomina na forma como percebem a profissão de professores de enfermagem (Visão da Profissão), e nas Competências Relacionais, Formativas e Científicas, esquematizada no Quadro 6.

### *Visão da Profissão*

A relevância na diferenciação surge na categoria da Visão da Profissão, considerando-se os professores como desconhecedores dos contextos de trabalho dos enfermeiros e com áreas de atuação diferentes.

Os enfermeiros entrevistados diferenciam-se dos professores, principalmente, porque os consideram **distantes e desconhecedores dos seus contextos de trabalho**.

São apontados, pelos enfermeiros, desconhecimentos sobre a realidade, por parte dos professores de enfermagem; identifica-se a representação de que estes estão há muitos anos sem se articularem com os contextos de saúde como enfermeiros, referindo-se que alguns nem exerceram a profissão de Enfermagem:

(...) havia uma grande quantidade de professores que já não estavam a trabalhar há 15/20 anos, entretanto muita coisa mudou no contexto de trabalho que *Eles* não conseguiram acompanhar! (72i.e.);

A maioria deles foram diretos da escola para serem professores (98i.e.);

(...) na generalidade, obviamente que há exceções, na generalidade os professores de enfermagem deixaram de ser enfermeiros sob o ponto de vista da prestação de cuidados.

(...) é paradigmático que o enfermeiro que passe a dedicar-se em exclusivo à escola, passa do ministério da saúde para o ministério da educação, que é representativo do que é ser professor em enfermagem – é alguém que está numa escola a ensinar enfermagem, mas que acaba por ter um desfasamento daquilo que é a prestação direta de cuidados. (52i.e.).

Os entrevistados referem que os professores conhecem a realidade através de experiências pessoais, familiares e através dos relatos e das representações dos seus alunos: “Cada vez mais, não vão à prática clínica, porque não vão aos hospitais, não andam com os alunos pelos hospitais, cada vez mais conhecem menos a prática clínica, só pelo que será relatado pelos alunos, que têm esse contacto e eles, cada vez mais, não têm contacto com a prática clínica.” (21i.e.).

Nesta categoria, é evidente que o problema da separação entre a teoria e a prática não está resolvido, visualizando-se identidades apoiadas nas “teorias teóricas” atribuídas aos professores e identidades sustentadas nas “práticas teóricas” reivindicadas pelos enfermeiros:

(...) porque o teórico é aquele que sabe um corpo de conhecimentos e depois não consegue aplicar na prática, não consegue ser versátil, não consegue aplicar à pessoa que tem à frente, em diferentes contextos. A teoria é importante, para um conjunto de corpos científicos, e claro que é importante para aquilo que *Eu* faço; agora um teórico é aquele que não consegue sair da teoria e dar-lhe sentido na execução prática. (46i.e.);

Precisamos de mais professores que sejam enfermeiros, e menos professores teóricos de enfermagem, que passaram imediatamente para a teoria e aí há uma certa desadequação e ficam um bocadinho aquém! (53i.e.);

(...) sabemos que a evolução em enfermagem, a prática baseada na evidência não é só o resultado daquilo que *Nós* lemos em artigos ou livros, mas sim a concretização prática daquilo que lemos e é aí que nasce aquilo que é ser enfermeiro – o conhecimento concretizado na prática. (52i.e.).

Deduz-se, pelo discurso dos entrevistados, que a identificação para com estes profissionais passaria, não só por estes contactarem mais com os contextos de saúde e com os enfermeiros, como também com a adoção de um modelo de ensino próximo do modelo utilizado por outros profissionais de saúde: “Acho que faz falta, para os estudantes de enfermagem, um professor que também sinta, experiencie para poder transmitir esse conhecimento.” (86i.e.); “Por exemplo, na classe médica, as pessoas que dão aulas são também as que trabalham na prática diária. Estão a falar da teoria de uma prática que *eles*, também, conhecem, *eles* dão aulas e têm a prática, também trabalham.” (30i.e.).

Face à perceção destes enfermeiros, no que diz respeito à distância da realidade em relação à prestação direta de cuidados, não se verificam consensos acerca da vantagem ou desvantagem desta distância para o atual ensino de Enfermagem, mas com predomínio de unidades de significação para a dificuldade que esta mesma distância proporciona para o ensino e para o aluno:

Atualmente a maior parte das escolas já estão a mudar de metodologias, já articulam o professor da escola com o orientador do serviço, existe uma proximidade maior com o orientador do serviço e da prática, a maior parte dos estágios são orientados pelo professor da escola e por um professor da prática. (72i.e.);

Acho que a teoria e a prática deviam ser juntas, mas neste momento, como os professores só estão nas escolas a dar aulas, vejo que funciona melhor separadas. Com *eles* fica a teórica e fica para outros profissionais que funcionam na prática, uma parte prática. Acho que tem mais lógica do que *eles* deixarem os alunos só com a parte teórica, não é? Tem mais lógica entregarem os alunos a alguém que perceba do assunto, ou mais do assunto prático. (30i.e.).

Os enfermeiros chegam a constatar que são resultado da separação entre a enfermagem teórica e a enfermagem prática, pois tinham a noção que os professores solicitavam a mera aplicação da teoria à prática e não a articulação destas componentes do conhecimento, o que lhes provocou dificuldades enquanto profissionais no desenvolvimento de cuidados:

Há uma separação muito grande entre a teoria que ficou na escola e a prática que depois deixaram de a perceber e acho que *Nós* depois somos o fruto disto tudo, porque depois

somos avaliados por alguém que não nos conhece da parte do ensino e que houve uma separação. *Eu* não passei por isso e dou graças porque fiz um curso em que eram os próprios professores a virem da escola e a avaliar a nossa prática; andavam connosco conheciam os doentes, os serviços, os profissionais, tudo! Nos planos de cuidados, agora, o professor nunca viu o doente nem sabe como *ele* é, acho que isso depois não é muito favorável para a Enfermagem. (96i.e.);

(...) dá a sensação de quando tu estás com os professores na escola que é tudo muito linear, que vais seguir aqueles passos todos direitinhos, daquele raciocínio, daquela linha de pensamento que *eles* estão a tratar, mas depois na realidade tu chegas e vai depender muito da pessoa que tens à frente, da família que encontras à frente, das tuas condições de trabalho, das ferramentas que consegues ter para aplicar essas práticas, vai depender muito da liderança dos chefes do serviço, acho que há muitas condicionantes que faz com que *eles* sejam pouco conhecedores da prática profissional de enfermagem. (17i.e.).

Denota-se que os discursos de diferenciação, tanto apontam para uma evidente valorização como para uma desvalorização deste grupo profissional de enfermagem:

Não havendo uma inovação constante do conhecimento, interligação de conhecimentos teóricos com conhecimento práticos, também não há inovação e daí, também, não há visibilidade de profissão autónoma! A visibilidade da profissão autónoma fica muito aquém! (...) um grupo que devia dar visibilidade a uma profissão, que é o garante de conhecimentos teóricos, também, é importante numa profissão. (21i.e.);

(...) os professores de enfermagem na prática, para mim, foram os enfermeiros que foram o meu modelo (99i.e.).

Na categoria da Visão da Profissão dos Professores, alguns entrevistados consideraram que enfermeiro e professor de enfermagem são profissões distintas, devido essencialmente às **diferentes áreas de atuação**:

(...) são dois grupos diferentes, porque trabalham em áreas diferentes, com sentidos diferentes. Um trabalha com o doente, a família como foco de cuidados, o outro tem como foco o aluno, difere no cliente! (102i.e.);

Não os considero completamente profissionais de saúde porque estão fora do contexto de prestação de cuidados. *Eles* ensinam a prestação, mas não a praticam. *Nós* somos enfermeiros que prestamos cuidados na nossa prática e *eles* são enfermeiros que não prestam esses cuidados, mas ensinam esses cuidados. (42i.e.).

### **Défices nas *Competências* - *Competências Relacionais***

As competências, também, são forma de diferenciação entre os enfermeiros e os professores de enfermagem, predominando o défice nas *Competências Relacionais*, seguida das *Formativas* e das *Científicas*.

Com efeito, para alguns dos enfermeiros entrevistados, a diferenciação entre professores e enfermeiros passa pelas diferenças nos seus relacionamentos interpessoais, apontando estes a distância na relação e a parcialidade nos julgamentos aos professores de enfermagem.

Os enfermeiros referem-se à **relação professor-aluno como distante**, hierarquizada e rígida:

Enquanto postura, em termos da forma como se relacionavam conosco, da pouca proximidade, daquilo que esperam de *Nós*, não há flexibilidade, em relação ao aluno – é aquilo e tem que ser aquilo! (90i.e.);  
(...) as pessoas que estão lá, acabam por achar que estão numa elite diferente das outras pessoas, mas não quer dizer que sejam tão melhores do que as outras. Um bocadinho daquela dualidade entre escolas, aqueles conflitos que por vezes se transmitem para os profissionais. (86i.e.).

O caráter ameaçador da avaliação é uma das causas do problema da distância da relação: “(...) ser colocada à prova, pressionarem, parece que nos estavam a humilhar...” (17i.e.); “(...) enquanto aluna tinha alguns medos, porque estávamos a ser avaliadas.” (26 i.e.).

No entanto, essa relação entre professor-aluno tem vindo a ser percebida como em melhoria: “Aquela diferença de passarmos pelo professor e não saber se podíamos dizer um bom dia ou boa tarde! Agora já há possibilidade de trocas de *emails*, de telefones. Os professores tiveram que se adaptar, houve mudanças na forma de ser e de estar.” (86i.e.).

Uma enfermeira mencionou, como problema nas competências relacionais, a **parcialidade** na relação entre o professor e os alunos; “É não serem iguais para toda a gente. Ao gostar mais do aluno A vão favorecê-lo, mesmo que não mereça.” (98i.e.).

### **Défice nas *Competências* - *Competências* Formativas**

A oposição verificada prende-se, também, com o défice nas *Competências* Formativas que foram identificadas: **apenas transmissão de conhecimentos e desmotivadores**.

Os enfermeiros desvalorizam um ensino baseado, apenas, no método transmissivo: “(...) pouco dinâmicos, são aqueles que vão para lá só debitar as coisas, os diapositivos e está feito!” (24i.e.); “(...) tive alguns que pensei: com este não aprendi! Com este é só debitar!” (101i.e.).

Os participantes desta pesquisa distanciam-se de professores que adotavam comportamentos que desmotivavam o aluno pelas críticas e pelo modo de ensinar:

As críticas não eram motivadoras, não eram para construir algo de melhor, eram críticas e pouco motivadoras, críticas para, às vezes, desmotivar e desistir. (26i.e.);  
Penso nas aulas pelas quais passei e raros são aqueles professores de enfermagem que não foram monótonos; dizem coisas monótonas, não despertam interesse, que só despejam informação e de forma monocórdica, raros são os verdadeiramente aliciantes e motivadores. A outra percentagem, pela minha experiência, é menor e aí temos a parte do aliciante, investigadores, puxar por *Nós* e motivadores. (53i.e.).

## Défi ce nas *Competências* - *Competências Científicas*

O distanciamento e oposição acontecem relativamente aos professores que **não atualizam os seus conhecimentos** em todos os saberes de Enfermagem e a planificação formativa:

(...) era como se tivessem cristalizado no tempo aquilo que era o conhecimento em enfermagem, o que é completamente contrário aquilo que *Nós* sabemos que se passa nos cuidados de saúde – que é: só é bom profissional quem acompanha a evolução do estado da arte daquilo que é a sua profissão e as concretiza na prática para poder consolidar aquilo que é o exercício profissional. (52i.e.);

(...) apercebia-me que havia professores de enfermagem que davam uma disciplina um ano, outro ano davam outra e os apontamentos não eram criados por *Eles*, nem adaptados a *Eles*, vinham de colegas que davam a mesma matéria (...) (96i.e.).

## Identificações com os Professores de Enfermagem

Os enfermeiros participantes identificam-se com os professores, fundamentalmente, pela forma como veem a Profissão dos Professores de Enfermagem e pelas Competências Formativas, seguidas das Relacionais e Científicas (ver Quadro 6).

### *Visão da Profissão*

Verifica-se uma identificação em dois conceitos que, apesar de semelhantes, apresentam diferenças. Por um lado, os enfermeiros que entendem os professores como **modelos**, endeusam-nos e não apresentam muito raciocínio crítico nesse endeusamento; por outro, os enfermeiros, que tomam os professores como **referências** apresentam um maior raciocínio crítico e fazem-no com algum distanciamento.

Os discursos, que definiram os professores de enfermagem como **modelos**, realizaram uma diferenciação positiva, apesar de expressarem que estavam a realizar uma identificação, uma influência considerada relevante para o período de estudante e a inserção profissional:

Mas a característica que os define mais são inteligentes. (...) Inteligentes em termos de saber, o ser professor exige um saber que tem que ser adaptável ao ensino de Enfermagem e a um ensino de patamar superior a um curso de base, portanto considero que são pessoas que têm uma inteligência um pouco superior para conseguirem depois terem conhecimentos e que consigam depois adaptá-los e transmiti-los aos alunos para que eles consigam aprender. Isto requer um conhecimento diferente de que se tem a nível de um curso de base. (69i.e.);

(...) quando *Eu* não sei, existe um conjunto de pessoas às quais *Eu* poderei perguntar e estudar, que *a priori* que são detentoras de determinados conhecimentos que vão suprir as minhas necessidades concetuais; *Eles* terão esse conhecimento à partida já terão estudado,

já terão desenvolvido conhecimentos ou estão na posse de alguns conhecimentos que *Eu* ainda não tenho! (12i.e.).

Os enfermeiros, que se referem aos professores como **referências**, concebem essa característica com sentido crítico, como forma de desenvolvimento, principalmente na transição para o mundo do trabalho:

(...) o professor X foi efetivamente o meu modelo enquanto enfermeiro, até *Eu* chegar à conclusão de que não podia ser! Porque era alguém que estava tão ligado à parte do ensino e durante tanto tempo que já não consegui rever nele aquilo que era o meu paradigma de enfermeiro, embora continue a ser uma pessoa que *Eu* considero de notadíssima competência. Portanto, durante muitos anos, o paradigma de excelência de Enfermagem foi o professor X. Neste momento, no meu paradigma de prestação de cuidados de enfermagem, não sei se consigo nomear uma pessoa; tenho um conjunto de algumas pessoas que em conjunto reúnem as características da globalidade daquilo que *Eu* considero ser um excelente enfermeiro.” (52i.e.);

(...) orientar na busca do conhecimento, como guias orientadores, como se nos pudessem ajudar a marcar o caminho. (99i.e.).

Os enfermeiros referem que se identificam com os professores porque os consideram **complementares**, *Eles* possuem um conhecimento “teórico” e os enfermeiros um conhecimento “prático” e as duas profissões complementam-se, evidenciando, não uma identificação com estes profissionais, mas uma diferenciação positiva:

(...) os professores são um bocadinho diferentes. Os professores acarretam o conhecimento, quando falo em «Mestres» é conhecimento teórico, os enfermeiros são mais práticos. Os professores podem ter muita teoria e muitos de *Nós*, também, têm muita teoria e vivem muito na prática e completam-se. (101i.e.);

(...) porque no fundo os professores refletem aquilo que somos, são *Eles* que estão a formar os enfermeiros e contribuir para que sejamos profissionais qualificados. (17i.e.).

### **Competências – Competências Formativas**

As Competências Formativas que os entrevistados identificam nos professores e com as quais se identificam são o facto de serem motivadores e exigentes.

Os enfermeiros entrevistados identificam-se com os professores na capacidade de **motivar** e de potenciar o desenvolvimento:

(...) despertar curiosidade pelo tema, motivou e vais procurar algo sobre a temática ou te obriga a ir procurar! (24i.e.);

(...) faz com que haja uma maior motivação por parte dos seus alunos, os tais que os potenciam, que os motivam, que os levam a crescer, a desenvolver os seus conhecimentos, se *Eles* são aliciantes então desenvolvem a motivação. (53i.e.).

Apesar de considerarem que como estudantes a **exigência** foi um fator de diferenciação, atualmente como enfermeiros essas exigências permitiram-lhes a vontade de aperfeiçoar e melhorar, tornando-se fator de identificação.

### **Competências – Competências Relacionais**

A identificação com os professores de enfermagem, nas competências profissionais, reflete-se na proximidade da relação.

Os enfermeiros participantes valorizam uma **relação de proximidade** com os professores, numa relação de evolução de um percurso, de potencialização do estudante:

É conheceres o aluno, teres uma certa proximidade, não uma proximidade de intimidade, mas uma proximidade para conheceres o aluno, conheceres as suas fraquezas e os seus pontos fortes, e os seus pontos fracos, para poderes depois explorá-lo, isto tanto em termos de ensino clínico como em termos da docência, ou então *Nós* enquanto alunos, o professor te conhecer a ti, para poder tirar da linha que são os nossos pontos fracos ou os nossos pontos fortes, e ajudar-nos nesse percurso evolutivo. (102i.e.);  
(...) existir uma relação positiva entre as pessoas tem que existir sempre o respeito, pelo menos na minha maneira de pensar. O respeito é respeitar o espaço da outra pessoa, respeitar a opinião da outra pessoa. E o respeito também é fundamental na relação professor-aluno. (42i.e.).

### **Competências – Competências Científicas**

As identificações nas Competências Científicas centram-se na Visão do Professor, principalmente, como detentor de conhecimentos e, depois, na atualização de conhecimentos.

A competência científica que é classificada como de identificação torna-se de diferenciação positiva. Os enfermeiros designam os professores de enfermagem como **detentores de um saber** que *Eles* não possuem, mas que os beneficiam: “É uma pessoa que detém conhecimentos científicos e que nos vai dar a *Nós*, que nos vai dar mais conhecimentos, não é? Mais capacidades!” (102i.e.); “Atualmente são pessoas portadoras de um saber diferente que *Nós* não temos, têm mais estudo, em termos de saber têm outro tipo de competência que *Nós* não temos.” (69i.e.).

A **constante atualização dos conhecimentos** é uma competência reconhecida aos professores pelos enfermeiros e com a qual se identificam: “Têm que estar em constante investigação, em constante conhecimento, em constante atualizações, tem que ter um trabalho muito pró-ativo.” (86i.e.).

### 3.2.4. Propostas de alterações na formação

Os enfermeiros referiram alguns aspetos que gostariam de ver aperfeiçoados na sua relação com os professores e com as instituições formativas e que poderiam contribuir para a melhoria dos cuidados, desenvolvimento dos profissionais e da profissão. As alterações propostas inserem-se nas alterações na instituição académica, na interatividade entre instituição académica e locais de trabalho dos enfermeiros, nas alterações nos ensinamentos clínicos e na continuação do papel de professores pelos pares.

Os entrevistados propõem, nas **alterações na instituição académica**, a mudança do paradigma de formação tradicional para o paradigma construtivista, com a dotação de recursos, competências e orientação para investigação, para a integração da evidência científica nos cuidados e uma maior utilização de estudos de caso. Para além disso, desejam dos professores, a passagem do ensino transmissivo para a articulação e/ou integração entre a teoria e a prática, para facilitar as transições para o mundo do trabalho.

A **interatividade entre a instituição de formação formal dos enfermeiros – Escolas Superiores de Enfermagem – e os locais de trabalho** também é ansiada, tanto na participação dos professores na formação profissional nos locais de trabalho – formação contínua – como no regresso de forma periódica aos contextos da prestação de cuidados, como profissionais para desenvolvimento mútuo profissional e até com sugestões da possibilidade de intercâmbio de profissionais entre escolas e locais de trabalho dos enfermeiros.

Relativamente a **alterações aos campos de estágio**, é sugerido o acompanhamento, por parte dos professores e tutores, de alunos, não apenas centrados nas aprendizagens dos estudantes, mas com um papel mais ativo de transformador dos contextos e dos elementos em interação, transformando e transformando-se; é, ainda, sugerido que a investigação realizada pelos professores deva surgir das necessidades dos locais de ensino clínico.

Outra das sugestões referidas não se centra nas escolas de formação ou nos professores, mas no papel formativo, alegando que a **formatividade pode ser continuada por outros sujeitos – pares** com formação ou diferenciação profissional.

### 3.3. Influências do trabalho nas identidades profissionais

Na dimensão das Influências do Trabalho nas Identidades Profissionais dos enfermeiros, surge a categoria da Apreciação do Ambiente de Trabalho, identificando-se os Fatores Psicossociais, a Natureza dos Cuidados e os Fatores Físicos. Na prática, as diversas influências das equipas de trabalho com identificação de Identidade Reivindicada de Equipa e Identidades Atribuídas de Identificação e de Diferenciação, permitem discernir as figuras de líderes formais e informais, tais como as Competências Reconhecidas para Liderar.

As outras categorias, que foram emergindo, dizem respeito a profissionais como os Enfermeiros-Chefes, Outros Profissionais de Saúde, nomeadamente os Assistentes Operacionais e os Médicos, com as respetivas identificações, diferenciações e contributos ou influências sentidas ou possíveis.

#### 3.3.1. Apreciação do ambiente de trabalho

Os enfermeiros entrevistados, ao se pronunciarem acerca dos seus ambientes de trabalho, privilegiam os Fatores Psicossociais – clima de trabalho e natureza dos cuidados – em detrimento dos Fatores Físicos, que foram referenciados em menor grau. Os fatores mencionados, sejam psicossociais ou físicos, apresentam as dualidades – positivas e negativas, considerando-se, na sua maioria, que apesar da existência destas conflitualidades, os enfermeiros valorizam os seus contextos de trabalho.

#### *Fatores Psicossociais*

##### **Clima de Trabalho**

O **Clima de Trabalho** foi a subcategoria que mais unidades de registo apresentou, com predominância dos climas de trabalho negativos, mas muito próximo encontram-se os climas de trabalho positivos.

Os elementos, que foram considerados como perturbadores do **clima de trabalho** e caracterizados como **negativos**, são diversos como as relações conflituosas dentro das equipas entre pares, enfermeiros-chefes e outros profissionais. De igual modo, são apontados os problemas da profissão, como: o pouco reconhecimento social e profissional

da profissão, indefinição do futuro, não reconhecimento da formação e ambiguidades nos papéis profissionais e pelas condições organizacionais de trabalho onde se referem a ausência de protocolos, impaciência dos utentes, dificuldade de articulação entre instituições e o excesso de burocracia.

Salienta-se as relações conflituosas que são justificadas por estes enfermeiros pela elevada competitividade dentro das equipas, pelas ambiguidades de papéis profissionais e por problemas com os superiores hierárquicos, na figura do enfermeiro-chefe.

O **Clima de Trabalho**, que é caracterizado como **positivo** e proporcionador de desenvolvimento profissional, possui elementos como: um bom ambiente ou clima organizacional institucional e nos serviços aliado a uma excelente organização dos serviços e dos cuidados; um bom ambiente de trabalho caracterizado por boas relações profissionais nas equipas, com referências ao apoio e confiança intra e interdisciplinares, num ambiente de colaboração e tolerância, com preocupações e apoios à formação. Estes ambientes ou Climas Profissionais, considerados positivos, proporcionam a realização profissional.

### *Natureza dos Cuidados*

A **Natureza dos Cuidados** foi outra categoria que surgiu da análise dos discursos dos entrevistados, com aspetos indicados como positivos e negativos, mas predominando a referência aos positivos.

A natureza dos cuidados está profundamente ligada à identidade profissional destes enfermeiros, o que foi considerado **positivo**, referindo-se: ao sentido de realização ou gratificação na ajuda ao outro e na resposta às suas necessidades; à prestação de cuidados baseados na evidência científica; ao trabalho interdisciplinar, com o reconhecimento de ações interdependentes e autónomas, na equipa de trabalho; à possibilidade de se definir os próprios projetos e indicadores de trabalho, com o alcance de uma maior autonomia e ganhos para as populações; ao ser elo de ligação entre o alvo de cuidados e os profissionais das diferentes instituições de saúde; à diversidade de utentes e patologias, designada por polivalência, com a não rotinização das ações; à uniformização dos cuidados prestados; e à constatação da centralidade e singularidade do alvo de cuidados e ao seu reconhecimento pelo trabalho prestado e pelo profissional enfermeiro.

No âmbito da **Natureza dos Cuidados** considerados como **negativos** ou desfavoráveis inserem-se: os problemas que originam dificuldades em lidar com as emoções; e a vivência e acompanhamento de momentos difíceis da vida das pessoas que

provocam desgaste emocional e *stress*, acentuados pelo lidar com o sofrimento, durante anos, nas pessoas com doenças crônicas progressivas e culminando com o acompanhamento na morte. Acrescenta-se, ainda, a frustração com o insucesso da cura, nas doenças crônicas, a percepção de um trabalho muito técnico e a dificuldade em lidar com a rotina, reconhecendo-se que, por um lado a rotinização permite aperfeiçoamento e segurança, mas por outro a manutenção de “maus hábitos”.

### ***Fatores Físicos***

Os **Fatores Físicos** dos contextos de trabalho apontados pelos enfermeiros participantes neste estudo, essencialmente, como **negativos** foram: ser considerado um trabalho exigente fisicamente e com exposição a fatores de risco; falta de recursos humanos ou muita mobilidade de profissionais; excesso de trabalho e instabilidade no trabalho; problemas das instalações e dos materiais – como espaços de trabalho pequenos, com pouca privacidade, sem salas de descanso ou de reuniões-; variação das condições físicas nos domicílios; poucos recursos materiais ou de diminuta qualidade; e degradação dos edifícios, mau acondicionamento térmico e pouco arejamento.

Destaca-se que os enfermeiros referem que o excesso de trabalho não permite realizar as intervenções pretendidas ou abranger uma população maior, gerando esta situação insatisfação e desalento profissional, afetando mesmo as relações e o desenvolvimento profissional, não permitindo a partilha de opiniões, reflexões e diálogos para a resolução de conflitos.

Os **Fatores Físicos** considerados **positivos** são, basicamente, referidos ao nível dos horários com a satisfação, quer com os de trabalho diurno e nos dias úteis, quer com a flexibilidade que os horários por turnos proporcionam, tal como a satisfação com a atuação ao nível dos cuidados de saúde primários, pela sua localização rural, mais próxima da natureza e das populações.

### 3.3.2. Influências de Equipa

A dimensão Influências de Equipa emergiu dos discursos dos entrevistados, quando se referiam aos seus contextos de trabalho, aludindo seja às equipas de trabalho inicial seja às equipas atuais seja às equipas de trabalho ideais. Na dimensão das Influências de

Equipa, surgiram: a Identidade Reivindicada de Identificação, a Identidade Atribuída de Identificação e a Identidade Atribuída de Diferenciação (Quadro 7).

**Quadro 7. Matriz Identidade Equipa**

<b>Identidade Equipa</b>				
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Reivindicada</b>	<b>Atribuída Diferenciação</b>	<b>Atribuída Identificação</b>
<i>Visão da Profissão</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolvimento</li> <li>• Inovação</li> <li>• Realização</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desgaste psicológico</li> </ul>
<i>Visão dos Cuidados</i>	<b>Competências Científicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competências científicas e cognitivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estagnação de conhecimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competências científicas</li> </ul>
	<b>Competências Relacionais</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mau relacionamento</li> </ul>	
	<b>Natureza dos cuidados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualidade de cuidados</li> <li>• Cuidar de um grupo</li> <li>• Peritos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo Biomédico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolução de problemas</li> <li>• Individualizado</li> <li>• Promotores de cuidados</li> </ul>
<i>Visão Alvo de Cuidados</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Significativo para as pessoas</li> <li>• Visão holística</li> </ul>		
<i>Caraterísticas de Equipa</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coesão</li> <li>• Diversidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heterogeneidade</li> <li>• Egoísmo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coesão</li> <li>• Diversidade</li> </ul>

## Identidade Reivindicada de Equipa

Na **Identidade Reivindicada de Equipa**, verifica-se uma forte identificação dos participantes com a sua equipa de trabalho, sendo considerado um grupo de assimilação. Sendo partilhada com a equipa a Visão dos Cuidados, a Visão da Profissão e a Visão do Alvo de Cuidados, e sendo valorizadas as Caraterísticas de Equipa, como se pode visualizar no Quadro 7.

### *Visão dos Cuidados*

Na Visão dos Cuidados, categorizam-se as Competências Científicas e a Natureza dos Cuidados.

### ***Natureza dos Cuidados***

Na Natureza dos Cuidados, predomina a procura pela **qualidade dos cuidados**: “(...) buscar a qualidade nos cuidados, tentar ser sempre o melhor.” (99i.e.), que se atinge com a partilha de saberes e experiências: “cuidar do utente e compartilharmos esses saberes no sentido desse utente sair beneficiado a nível dos cuidados.” (69i.e.). Por vezes, a qualidade dos cuidados é verbalizada como uma incessante procura “(...) independentemente das carreiras, (...) continuamos a batalhar independentemente de haver poucos recursos humanos, *Nós* continuamos a trabalhar e tentamos dar a mesma excelência no cuidar, mesmo por vezes estando exaustos, estando cansados!” (86i.e.).

Também na natureza dos cuidados, observa-se a necessidade de **cuidar de um grupo** de pessoas que precisa de cuidados, quer sejam os alvos de cuidados formais, quer sejam os pares nas equipas como explicita uma entrevistada: “(...) somos cuidadores, e no mesmo sentido que falávamos anteriormente, não só cuidadores de pessoas que precisam dos nossos cuidados como cuidadores de *Nós* próprios, dos nossos pares em equipa.” (46i.e.).

A pretensão de atingir o nível de **perito** é partilhada pela equipa, sejam elementos que antecipem e priorizem as intervenções, tendo em conta todos os contextos, sejam equipas capazes de “(...) serem abertas para o exterior, para a circunstância e para o ambiente, quer seja para as outras equipas, quer seja para a instituição, quer seja para a pessoa singular, quer seja para a comunidade onde estão, quer seja por exemplo, serem referências para outras equipas, para outras instituições, tem exatamente a ver com isso!” (46i.e.).

### ***Competências Científicas***

As Competências Científicas são evidenciadas, na equipa de trabalho dos enfermeiros participantes, com: o desenvolvimento cognitivo no saber transformar-se; na necessidade de atualização constante dos conhecimentos e procura de novos conhecimentos; o cuidar de forma segura e responsável; e com o cuidar baseado na evidência científica, como exemplifica um dos entrevistados: “(...) todos os elementos da equipa se regem por conhecimentos sólidos, procurar o conhecimento, fundamentar bem a sua prática em decisões clínicas em enfermagem.” (52i.e.).

### ***Caraterísticas de Equipa***

Nas Caraterísticas de Equipa Reivindicadas predominam as unidades de registo na coesão da equipa, seguidas pela diversidade dos elementos da equipa.

A **coesão** da equipa é uma característica muito valorizada, sendo referida a importância de consensos dentro da mesma, onde existem objetivos comuns e da qual fazem parte elementos que se interajudam nas situações de maior complexidade e que seguem regras explícitas e implícitas da equipa:

(...) conseguimos, apesar das adversidades que são bastantes; é uma equipa que consegue trabalhar sempre na mesma linha de pensamento, em função do doente, da família, e acho que tem de haver um certo espírito de equipa, uma certa proteção entre os elementos de enfermagem que trabalham em função do doente. (102i.e.).

(...) trabalhar em equipa, seguir as regras que estão implícitas no trabalho com aquela equipa, os protocolos, mesmo não concordando muitas vezes com *Eles*. Às vezes sendo de opinião diferente, mas está definido pela equipa que se trabalha assim (...) (30i.e.).

A coesão é focada na união dos profissionais de enfermagem - “(...) equipa que se articula bem, que se respeita a trabalhar, para além da componente técnica tem, também, a componente humana, comportamental entre colegas que trabalham.” (30i.e.).

A **diversidade** diz respeito à aceitação e integração das diferenças dos elementos na equipa, com a interligação dessas diferenças (funções, conhecimentos e experiências) para aumentar a qualidade dos cuidados prestados, trabalhando em função das suas potencialidades e interesses. Alguns entrevistados consideram que a equipa de enfermagem não é constituída, apenas, por aqueles com quem se identificam, mas também pelos outros com quem se diferenciam, tentando no quotidiano “(...) por perceber que numa equipa somos todos importantes, e a capacidade de alguém compreender isso e saber gerir bem uma equipa e aproveitando de todos o que cada um tem de bom, porque todos temos tantas coisas boas e diferentes uns dos outros... é preciso é saber fazer isso e não é fácil!” (101i.e.).

A identificação com a sua equipa de trabalho não se restringe à identificação com a coesão, mas reconhece-se também a identificação com a diversidade.

### ***Visão da Profissão***

Na Identidade de Equipa, reivindica-se a mesma Visão da Profissão assente no **envolvimento** com os cuidados, com o alvo de cuidados e com os objetivos e projetos delineados pela equipa, tornando-se este envolvimento crucial para a motivação: “(...) isto de ser enfermeiro às vezes aparecem-nos uns obstáculos, sentimo-nos mais desmotivados; é sempre preciso manter esta essência de sabermos porque é que aqui estamos, qual a nossa missão e manter este interesse por continuar a querer cuidar dos outros.” (69i.e.).

A **inovação** é uma característica que os enfermeiros reivindicam para a sua equipa, com o desenvolvimento de projetos inovadores na comunidade e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem, para além da rotina: “(..) fazer outras coisas inovadoras no serviço, implementar outro tipo de ações no serviço.” (90i.e.).

A **realização profissional**, também, caracteriza a equipa que se reivindica: “(...) gostamos de ser enfermeiras, *eu* gosto muito de ser enfermeira e acho que as minhas colegas gostam muito de ser também! Gosto de cuidar, de ver o doente bem, entrar mal e sair melhor... sinto-me realizada!” (24i.e.).

### ***Visão do Alvo de Cuidados***

A Identidade Reivindicada de Equipa caracteriza-se por considerar a necessidade de ser **significativo para o alvo de cuidados**: “(...) é realmente fazer a diferença!” (101i.e.); “(...) ser significativo para as pessoas!” (12i.e.), e com a **visão holística** da pessoa: “(...) estar ao lado da pessoa, de poder cuidar dela ao nível de todas as suas vertentes.” (69i.e.)

## **Identidade Atribuída de Equipa**

Na Identidade Atribuída de Equipa, a maioria dos enfermeiros participantes manifesta identificações e diferenciações; dois enfermeiros identificam-se totalmente (99i.e, 101i.e) e seis enfermeiros diferenciam-se totalmente (90i.e, 86i.e., 30i.e., 17i.e., 96i.e., 24i.e.). Neste sentido, estas identificações e diferenciações justificam a predominância da diferenciação, na Identidade Atribuída de Equipa.

## **Identidade Atribuída de Diferenciação de Equipa**

Na Identidade Atribuída de Equipa de Diferenciação verifica-se um maior número de unidades de registo na categoria das Características de Equipa, seguidas pela Visão dos Cuidados, estas categorias podem ser observadas no Quadro 7.

### ***Caraterísticas de Equipa***

Com a análise dos dados, distinguem-se nesta categoria de Caraterísticas de Equipa, a heterogeneidade e o egoísmo, como unidades de significado.

Os enfermeiros participantes consideram que se lhes atribui como Caraterística da Equipa a heterogeneidade, o que *Eles* rejeitam, mas que consideram a sua existência em outras equipas de enfermagem. Reconhecem que outras equipas apresentam subgrupos, com elementos que têm atuações menos corretas para com os colegas e até nos cuidados que prestam, e nestas últimas atuações tentam intervir, por vezes, sem êxito. Esta caraterística é percecionada como mais prevalente nos serviços de grandes dimensões, designadamente nas grandes equipas, a nível hospitalar.

No entanto, consideram que o facto de os *Outros* serem diferentes possa contribuir para o seu desenvolvimento, quando são de facto diferentes positivamente: “Porque apesar de ser diferente de A, B ou C, tento percebê-los, e ver que se calhar se *Eu* posso ter em certos aspetos positivos, então, tentar ver o que é positivo nos outros e que se *Eu* possa estar errada e tentar mudar, apesar de ser diferente pode haver aspetos que possa estar errada e tentar mudar.” (96i.e.).

Os entrevistados mencionam que as equipas de enfermagem são diferentes, também, devido ao contexto e atuações distintas, explicando as diferentes atuações dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários e as dos diferenciados, e apontando as dificuldades de articulação entre as diversas equipas, em ambos os contextos.

Alguns enfermeiros participantes referem que, consideram a equipa mais alargada e interprofissional, que apesar de heterogénea disciplinarmente se articula e complementa, mas que essa mesma heterogeneidade noutras equipas separam os profissionais, resultando um trabalho individualizado na equipa multiprofissional.

O **egoísmo** foi uma Caraterística de Equipa, na Identidade Atribuída, que se rejeitou para a sua equipa, mas imputando-a a alguns elementos de outras equipas: que não colaboram com os pares, não se envolvem e não comunicam com a equipa, mostrando individualismo nas atuações, sem preocupações para com o utente, as regras do serviço e o grupo. Alguns enfermeiros justificam estes comportamentos com a desmotivação a que os enfermeiros estão sujeitos.

O egoísmo, também, foi referido como um excesso de envolvimento e paternalismo com os utentes, não capacitando os outros elementos da equipa nem o próprio alvo de cuidados.

### ***Visão dos Cuidados***

A categoria da Visão dos Cuidados compreende as subcategorias de Défices nas Competências e da Natureza dos Cuidados, com predomínio das unidades de registo nos Défices de Competências Relacionais, seguidas pelo Défices de Competências Científicas.

#### **Défices nas Competências Relacionais**

Os Défices nas Competências Relacionais que os enfermeiros atribuem a outras equipas diferentes das suas traduzem-se no **mau relacionamento** entre os elementos da equipa, apontando-se como causas deste mau relacionamento: as críticas frequentes, o não aceitar sugestões, a desmotivação, o excesso de trabalho e as rivalidades existentes.

#### **Défices nas Competências Científicas**

Os Défices nas Competências Científicas que se atribuem a outras equipas e que se opõem centram-se na **estagnação de conhecimentos**; refere-se a existência de alguns elementos que realizam o seu trabalho rotineiramente e apenas seguindo os protocolos, sem o recurso à capacidade reflexiva das situações e recusando participar em investigação ou formação.

#### ***Natureza dos Cuidados***

Os enfermeiros participantes não se identificam com outras equipas, porque rejeitam uma identidade baseada no Modelo Biomédico, que os denomina de executantes por seguirem apenas o prescrito e não executarem intervenções autónomas. Estes comportamentos são explicados pela falta de recursos humanos nas instituições de saúde e nos serviços.

## **Identidade Atribuída de Identificação de Equipa**

Na Identidade Atribuída de Identificação de Equipa, os enfermeiros identificam-se essencialmente com as Caraterísticas de Equipa, seguidas da Visão dos Cuidados e em menor grau com a Visão da Profissão (ver Quadro 7).

### ***Caraterísticas de Equipa***

Na categoria de Caraterísticas de Equipa, predomina a identificação com a coesão e em seguida com a diversidade.

A **coesão**, que se atribui a outras equipas com as quais os enfermeiros se identificam, caracteriza-se por traçar e perseguir objetivos comuns, com o estabelecimento de laços afetivos, considerando que essa coesão deve ser usada em prol da equipa à qual se pertence, da qualidade de cuidados e da profissão. Alguns enfermeiros alargam esta coesão e o sentido de equipa, não apenas aos enfermeiros, mas também à equipa multidisciplinar:

(...) trabalhar para o mesmo fim, trabalhar com o mesmo objetivo, pensam na pessoa enquanto membro principal do ser cuidado, inserida na família, inserida num contexto social. Também conseguem trabalhar com outros elementos, acima de tudo é uma equipa e uma equipa multidisciplinar – há situações em que se trabalha sozinho, mas há outras situações em que trabalhamos em conjunto com outros técnicos (...) o utente só beneficia com este trabalho em equipa multidisciplinar. (69i.e.).

A **diversidade** é atribuída às outras equipas e, especificamente, à equipa com a qual existe identificação; apesar de se considerar que existem equipas diferentes, conforme os contextos de trabalho, elas têm um objetivo comum que é a qualidade dos cuidados prestados ao alvo de cuidados. A diversidade é verbalizada como a conjugação das diferenças das experiências e competências dos elementos das equipas e entre equipas para melhorar os cuidados prestados; também nesta subcategoria, alguns elementos incluem outros grupos profissionais, estando a referir-se à equipa multidisciplinar.

### ***Visão dos Cuidados***

A Visão dos Cuidados que se atribui a outras equipas e com as quais se partilham experiências, diz respeito principalmente à Natureza dos Cuidados, seguida das Competências Científicas.

#### ***Natureza dos Cuidados***

Os cuidados são percecionados como a **resolução de problemas** do alvo de cuidados, como cuidados **individualizados** e particularizados ao doente e às situações, incluindo a parceria com outros enfermeiros, no cuidar, e como **promotores de cuidados**: “(...) capacitar para ela poder ser autónoma (...)” (46i.e.).

#### ***Competências Científicas***

Nas Competências Científicas na Identidade Atribuída de Equipa com a qual o enfermeiro se identifica incluem-se a **procura pela formação**, por parte dos enfermeiros, apesar da desmotivação e os entraves à formação, e a **procura de conhecimentos científicos** pela equipa para melhorar os cuidados: “(...) com interesse e motivação em procurar o melhor, em buscar conhecimentos para melhorar.” (99i.e.).

### ***Visão da Profissão***

Na Identidade Atribuída de Equipa, descreve-se a Visão da Profissão como **desgastante psicologicamente** e onde se partilha de uma mesma opinião, referindo-se a contextos de cuidados oncológicos que tiveram repercussões depressivas e que levaram, inclusive, uma enfermeira a afastar-se desse contexto de trabalho (42i.e.).

### **Liderança na Equipa**

Nesta dimensão consideraram-se duas categorias: Quem Lidera e quais as Competências Reconhecidas para Liderar.

#### **Quem Lidera**

Os enfermeiros entrevistados referem que nas equipas quem, usualmente, as lidera são: o líder formal em conjunto com o líder informal, seguidos pelo líder informal e posteriormente o líder formal.

Os enfermeiros consideram que numa equipa de enfermagem o papel do **líder formal** é importante tal como o papel do **líder informal** e, por vezes, é crucial até fazer a separação entre estes dois conceitos de liderança, mas que coexistem na liderança das equipas: “(...) posso ter um chefe num serviço e dentro da equipa haver um líder, se *Eu* não me identifico com a pessoa que me chefia, respeito-o, faço o que me é incumbido fazer pela pessoa, mas o líder é aquele que conduz aqueles que querem ser conduzidos e aqueles que são conduzidos reconhecem essa capacidade (...)” (12i.e.).

O **líder informal** é verbalizado como existente nas equipas de enfermagem, “Não estou a falar do chefe, mas na pessoa que todos *Nós* vamos reconhecendo noutros colegas pares, este tipo de liderança, alguém em que reconhecemos características e competências para influenciar positivamente a equipa e até ajudar a gerir a equipa!” (46i.e.), e que muitas vezes é reconhecido como referência, “Muitas vezes o líder nem sempre é o chefe, mas sim alguém que se destaca num determinado assunto ou área, alguém que contribui para o desenvolvimento profissional, que é uma referência.” (26i.e.).

O **líder formal** tem a denominação de enfermeiro-chefe “(...) cada um pode ser líder à sua maneira, agora o líder da equipa é o chefe.” (102i.e.).

## **Competências Reconhecidas para Liderar**

Nas Competências Reconhecidas para Liderar insere-se o facto de os líderes serem considerados Referências ou Líderes, posteriormente, as Competências Relacionais, Técnico-Científicas e as Competências de Gestão, por esta ordem decrescente no número de unidades de registo.

### **Referência / Liderança**

A **Liderança** é referida por alguns enfermeiros como sendo inata e por outros como sendo adquirida ou desenvolvida. O conceito de Liderança funde-se com o conceito de Referência, sendo atribuída a pessoas que nem sempre são os enfermeiros-chefes, e distinguindo-se a figura do líder informal: “É alguém de referência, é alguém que pela sua forma de atuação consegue com que o grupo siga a sua tendência, consegue disseminar determinada filosofia e atuação, aí quanto mais fortes forem os líderes, mesmo que sejam líderes informais, se *Eles* conseguirem influenciar positivamente a sua equipa melhor vai ser a equipa!” (46i.e.).

O líder informal, também, referido como **Referência**, é definido como aquele que se deseja seguir, “Alguém que temos como exemplo. Que seguimos, não porque somos obrigados, mas porque respeitamos a pessoa e o que diz e faz. Pois tem uma razão de ser. Exige, não porque tem o cargo, mas porque é o correto.” (98i.e.).

O líder informal, porque está em contacto mais próximo e direto com os restantes elementos da equipa, é referência, com capacidade “Em unificar o grupo, é a referência do grupo, quer pelo saber, quer pela maneira de cuidar!” (24i.e.). Este elemento da equipa, ao melhorar os seus cuidados e liderar nas situações mais complexas, participa no desenvolvimento dos colegas:

(...) vejo nesses líderes como alguém que poderá melhorar os nossos cuidados, através das orientações deles, das opiniões deles, dos exemplos, da forma como os vejo atuar. (...) É aquela pessoa que tem mais experiência e que te ajuda naquele momento que estás a precisar e o serviço está um caos e é *Ele* que orienta aquilo tudo, põe tudo a funcionar. (42i.e.).

Segundo os entrevistados, o líder formal ou informal toma decisões em conjunto com os liderados, unifica o grupo e influencia os outros para determinados objetivos, para o desenvolvimento profissional, portanto, tem um papel importante na motivação.

### ***Competências Relacionais***

Os líderes são identificados, com base nas suas Competências Relacionais, essencialmente, no **bom relacionamento** com a equipa e a boa capacidade de **comunicação**: “(...) uma grande capacidade de comunicar e estabelecer uma boa relação na equipa e consegue pôr toda a gente a trabalhar sem termos que resmungar, o líder tem que saber explicar” (101i.e.).

Para além de possuírem as Competências Relacionais, estes líderes **gerem os conflitos**, sendo os conflitos referidos como oportunidades de determinados elementos assumirem a sua liderança,

(...) conforme as situações que os líderes vão aparecendo, por exemplo, quando tem a ver com conflitos interpessoais de uma equipa, podes ter um líder a destacar-se, pode ser uma pessoa que consiga gerir mais estes conflitos que todos os outros, quando há necessidade de mudança estratégica da equipa, do serviço, de planeamento, aí pode ser outro líder que faça com que as pessoas sigam essas linhas de orientação. (53i.e.).

### ***Competências Técnico-Científicas***

Aos líderes são reconhecidas elevadas Competências Técnico-Científicas, ao nível de **perito**, que contribuem para o desenvolvimento dos restantes elementos da equipa, aos quais estes últimos recorrem, em caso de dúvidas ou dificuldades, e que orientam a equipa, em situações de instabilidade.

Os líderes peritos identificados pelos enfermeiros participantes adotam ora o papel de líderes ora o papel de liderados, com o objetivo de desenvolvimento em conjunto com a equipa, “(...) havendo uma equipa com bastantes líderes informais, *Eles* próprios conseguem contribuir, o mais positivamente possível, para a equipa, em todos os sentidos, em que são capazes de analisar quais são os défices da equipa e o que *Eu* consigo melhorar nestes pontos. Assim, vão desenvolvendo a equipa e a *Si* próprios, desenvolvem-se mutuamente.” (52i.e.).

### ***Competências de gestão***

Apenas uma enfermeira entrevistada reconheceu como competências para liderar na área da **gestão**, as capacidades de resolução de problemas logísticos.

### 3.3.3. Influências dos Enfermeiros-Chefes

Os enfermeiros entrevistados apresentam uma ligeira diferenciação para com os Enfermeiros-Chefes, constatada na pouca diferença de unidades de registo. Assim, dois enfermeiros identificam-se totalmente (86i.e., 17i.e.) e dois enfermeiros diferenciam-se totalmente dos enfermeiros-chefes (90i.e., 26i.e.). Assim, apresentam-se os resultados da categorização da Identificação e Diferenciação com os Enfermeiros-Chefes no quadro seguinte.

**Quadro 8. Matriz Identificação com os Enfermeiros-Chefes**

<b>Identificação com os Enfermeiros-Chefes</b>			
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Identificação</b>	<b>Diferenciação</b>
<i><b>Visão da profissão</b></i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• União</li> <li>• Participação direta nos cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconhecedores da prática direta dos cuidados</li> <li>• Funções diferentes</li> <li>• Obstáculos ao desenvolvimento</li> </ul>
<i><b>Competências</b></i>	<b>Relacionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidam da equipa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoritários</li> <li>• Origem de conflitos</li> <li>• Distância na relação</li> </ul>
	<b>Técnico-Científicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perícia nas competências técnico-científicas</li> </ul>	
	<b>Liderança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção de desenvolvimento</li> <li>• Líderes</li> <li>• Negociação</li> </ul>	
	<b>Gestão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justiça</li> <li>• Gestores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestores</li> </ul>

### Diferenciação com os Enfermeiros-Chefes

Na diferenciação com os enfermeiros-chefes, foram construídas duas categorias, como se pode verificar no Quadro 8, os enfermeiros entrevistados diferenciam-se dos enfermeiros-chefes primeiro nas Competências e depois na Visão da Profissão.

Os Défices nas Competências, em relação aos quais os enfermeiros se distanciam, centram-se nas competências relacionais, onde se incluem o autoritarismo, a origem de conflitos e a distância na relação, seguidos pelas competências de gestão.

### **Défices nas *Competências Relacionais***

Os enfermeiros participantes referem que o que os distancia dos enfermeiros-chefes é o **autoritarismo** com que estes comunicam com os elementos da equipa: “*Eu* sou chefe e só estou aqui para orientar e vocês têm que fazer aquilo que *Eu* digo, que *Eu* quero, e cumprir, sem grandes opiniões, sem grandes contestações.” (90i.e.).

Esta característica de autoritarismo é explicada pelos enfermeiros participantes pela ocupação do cargo por nomeação e com as pressões que daí se exercem sobre o seu superior hierárquico, nomeadamente pressões economicistas. Estas pressões são sentidas pelos enfermeiros, quando referem que deixaram de existir reuniões para a equipa de enfermagem discutir e partilhar ideias e opiniões, com a pouca tolerância por parte da chefia a opiniões contrárias, intimidando os enfermeiros que chefiam com repercussões na insegurança dos enfermeiros e nos cuidados:

Porque foi marcante, se avaliar e fazendo uma análise daquele período, que até foi curto, foi um período que nos deu muito que fazer... e tivemos que realmente estar e fazer porque eram dias muito complicados de trabalho. (...) É referente ao que se passou num serviço, encontramos chefes muito autoritários, que nem sequer questionavam nada, *Eles* impunham e *Nós* tínhamos que cumprir o que impunham sem perceber porquê! (26i.e.).

Os enfermeiros-chefes, também, foram identificados como sendo a **origem dos conflitos** dentro da equipa, ao incluir uns e não outros elementos em projetos de trabalho, ao beneficiar uns em detrimento de outros e ao se sentirem revoltados com as pressões que se exercem sobre *Eles*, colocam a equipa num estado de tensão e revolta que faz com que os enfermeiros da equipa se sintam insatisfeitos e pouco empenhados com o seu trabalho, chegando uma entrevistada a referir as consequências destes comportamentos: “Andando menos satisfeita, como *Eu* gosto de ser enfermeira tento não influenciar, mas consumes muito mais energia, andas menos contente, mas tentas não passar para os teus cuidados! *Eu* preferi sair!” (24i.e.).

Outra característica que é referida como diferenciadora dos enfermeiros e do enfermeiro-chefe é a **distância na relação** que é verificada entre os enfermeiros e a sua hierarquia, que não é nem apreciada, nem desejada.

### ***Competências de Gestão***

Os enfermeiros-chefes são visualizados por alguns enfermeiros como enfermeiros-gestores, cingindo-se aos seus gabinetes, também, definidos como “relações públicas dos serviços”, centrando o seu trabalho nas necessidades operativas dos serviços:

(...) desvinculam-se dos cuidados e ficam muito à luz daquilo que são as necessidades operativas, do ponto de vista dos recursos humanos e materiais, relações hierárquicas, relações com os outros grupos profissionais, é mais um relações públicas do serviço do que propriamente o operativo, não o vejo como um elemento da linha de montagem. Não quero dizer que não seja importante, que é muito importante, *Eu só acho é que deveria ser mais do que isso!* (12i.e.).

Este papel, apenas de gestão, por parte dos enfermeiros-chefes distancia-os dos elementos da equipa:

Enquanto *Nós* enfermeiros estamos no desempenho ativo das funções a cuidar do doente, como tudo o que tem de positivo e negativo, os enfermeiros-chefes têm um papel de gestão. Estão no gabinete e lidam com os enfermeiros, não com os doentes. Claro que há enfermeiros-chefes que têm pleno conhecimento do que acontece na equipa e com os doentes, entram nesse contexto. Mas a maioria não sai do gabinete, é só papéis! (98i.e.).

### ***Visão da Profissão***

Os enfermeiros participantes diferenciam-se dos Enfermeiros-Chefes por os considerarem desconhecedores da prática direta dos cuidados, por considerarem que possuem funções diferentes e por os considerarem obstáculos ao desenvolvimento dos enfermeiros.

Deste modo, os enfermeiros entrevistados diferenciam-se dos Enfermeiros-Chefes por os considerarem **desconhecedores da prática direta dos cuidados**, considerando que alguns enfermeiros procuram o cargo de chefia para se distanciarem dos cuidados. Na verdade, como são nomeados não são valorizadas as suas experiências nos cuidados ou conhecimentos técnico-científicos, por isso, não são reconhecidos, pelos enfermeiros que chefiam, como possuidores de perícia nos cuidados e com competências para participarem no desenvolvimento dos enfermeiros: “(...) vai haver um fosso, quando tu passas para os superiores não encontras lá peritos, estão enfermeiros a aparecer, a substituir outros, mas estás a perder uma determinada continuidade na enfermagem, em que perdes como se fosse uma ligação; há ali um fosso de conhecimentos, de experiências, que não te permite pelo menos serem as referências.” (101i.e.).

Segundo os enfermeiros entrevistados, os Enfermeiros-Chefes não se deviam distanciar da prática de cuidados, mas deveriam abranger as áreas de cuidados, gestão e liderança.

Os enfermeiros reconhecem que, muitas vezes, os Enfermeiros-Chefes se encontram deslocados das suas áreas de atuação e que a sua rotatividade acarreta problemas no devido reconhecimento pelos enfermeiros:

O problema dos chefes também é esse, quando as pessoas estão a conhecer verdadeiramente o serviço, estão a ser colocados noutra. Acho que perdem verdadeiramente, têm que perder,

porque se as pessoas não conhecem verdadeiramente o serviço que pertencem, tem o seu tempo para conhecerem os serviços e para poderem trabalhar, mas acho que nisso se perdem anos, e quando a pessoa realmente já conhece o serviço já está a ir para outro. (30 i.e.).

Os enfermeiros estão distanciados de alguns superiores hierárquicos, pelo facto de os visualizarem com **funções distintas**, onde a relação com o doente não está incluída, reservando-lhes as funções consideradas “burocráticas”, o que provoca rutura com a equipa de enfermagem: “*Eles têm outros tipos de funções administrativas e burocráticas, basicamente isso, e estão sempre um bocadinho à parte do grupo. Funciona um bocadinho, Eles sozinhos num lado e o grupo de trabalho do outro!*” (72i.e.).

Alguns Enfermeiros-Chefes chegam a ser percecionados como **obstáculos ao desenvolvimento**, nomeadamente na formação dos enfermeiros: “(...) criam obstáculos quando o enfermeiro tenta tirar uma especialidade, tenta fazer alguma coisa mais, quando tenta fazer alguma formação, há sempre obstáculos em vez de proporcionar as condições para tal, pelo contrário, há sempre entraves, há sempre muitas complicações para se fazer alguma coisa.” (21i.e.).

## Identificação com os Enfermeiros-Chefes

Tal como na diferenciação, os enfermeiros entrevistados identificam-se nas categorias Competências e Visão da Profissão (ver Quadro 8), com predominância nas Competências de Liderança, seguidas das de Gestão, das Relacionais e das Técnico-Científicas.

### **Competências de Liderança**

As Competências de Liderança, reconhecidas pelos enfermeiros participantes aos Enfermeiros-Chefes, passam pelo reconhecimento como líderes, como promotores do desenvolvimento dos enfermeiros e por terem a capacidade de negociação presente nas suas relações profissionais.

Os Enfermeiros-Chefes, com os quais os enfermeiros entrevistados se identificam são reconhecidos como **líderes**, que não se impõem, onde os seus conhecimentos, experiências e atitudes os tornam figuras de referência profissional para a restante equipa.

O enfermeiro-chefe líder tem a capacidade de estimular e orientar a equipa para atingir objetivos comuns, que faz com que, mesmo não estando presente, a equipa persiga esses objetivos: “(...) é aquele que prepara a sua equipa para que tudo funcione mesmo *Ele* não estando e que as coisas sejam feitas de igual forma, não é o chefe polícia, não é o chefe autoritário!” (46i.e.).

Estes líderes formais são aceites como potenciadores de mudança ao nível identitário e de atuação profissional: “A maioria dos chefes que tive são mais líderes e mudaram a minha forma de ser e de estar e, atualmente, vejo mais as chefias como uma liderança, que têm um conhecimento mais diferenciado e que podem ajudar a equipa a atingir os seus objetivos.” (86i.e.).

Estas figuras de líderes formais são percecionadas como **potencializadoras do desenvolvimento dos enfermeiros**, porque ao estarem motivados, estimulam os outros e como conhecem os elementos da equipa potenciam o seu desenvolvimento, apoiando a sua formação para o aumento de conhecimentos e desenvolvimento dos cuidados prestados; “(...) o chefe pode-se limitar a exercer as suas funções ou pode ir para além delas e quando promove a equipa, promove e premeia cada um dos seus elementos, ao incentivar, o desenvolvimento profissional, conhece os pares/os membros da sua equipa e percebe qual é o contexto que cada um precisa para crescer profissionalmente.” (46i.e.).

A estes profissionais são atribuídas as funções de representar a equipa e a profissão perante outras profissões, pela sua responsabilidade pelo serviço e pela qualidade dos cuidados prestados pela equipa: “(...) a visibilidade global de enfermagem passaria por aqui é o garante que os cuidados são feitos com qualidade e que é a pessoa que é responsável em parte por tudo o que acontece no serviço da parte de enfermagem e deveria responder pelos cuidados que são prestados pelos enfermeiros com quem trabalha!” (21i.e.).

Estas ligações, que os Enfermeiros-Chefes mantêm com outras profissões e até com a sociedade, permitem que *Eles* recorram à **negociação** para defenderem os enfermeiros e os cuidados que prestam. Esta capacidade de negociação, também, se torna crucial para a gestão da própria equipa, negociando soluções, argumentando os seus pontos de vista e ouvindo as argumentações dos elementos da equipa, agindo com astúcia, apesar de nem sempre conseguirem agradar a todos os elementos, esta figura age para unificar a equipa e no “(...) sentido de dar apoio, de conseguir estabelecer pontes de comunicação entre a equipa de enfermagem e multidisciplinar, quando essa comunicação não existe e ajudar a fazer momentos de reflexão em certas situações da nossa prática.” (69i.e.).

### **Competências de Gestão**

As Competências de Gestão destacam-se no sentido de justiça e na atividade de gestores deste elemento da equipa.

Os enfermeiros participantes valorizam os Enfermeiros-Chefes que não realizam julgamentos precipitados, que não beneficiam uns elementos em detrimento de outros, considerando estes comportamentos como **justiça** nas suas atitudes de liderança. Os enfermeiros, apesar de reconhecerem que os enfermeiros-chefes são líderes, também, lhes associam a atividade de **gestão**: “(...) tem a ver com a perspicácia para todas estas particularidades que é gerir grupos, para gerir a disciplina de Enfermagem, gerir a logística.” (53i.e.).

### **Competências Relacionais**

Os enfermeiros participantes referem que se identificam com os Enfermeiros-Chefes que cuidam da equipa, considerados pares, que conhecem as dificuldades dos elementos da equipa e os ajudam a ultrapassá-las, que **além de cuidarem das pessoas e famílias cuidam dos elementos da própria equipa**, servindo de apoio e levando-os a desenvolverem-se pessoal e profissionalmente:

Porque cuidam de outras pessoas e aí incluí os enfermeiros, para reforçar, que para além dos utentes, das famílias, também os enfermeiros. (...) Naquele sentido quase que «familiar», porque *Nós* trabalhamos, mas gostamos de ser bem-recebidos, ter uma palavra simpática logo pela manhã, gostamos de um cumprimento, gostamos de trabalhar num ambiente de tranquilidade com um chefe que esteja bem-disposto, que nos faça sentir bem no local de trabalho! (101i.e.).

### **Competências Técnico-Científicas**

Os enfermeiros valorizam os Enfermeiros-Chefes que possuem Competências Técnico-Científicas atualizadas associadas a experiências, que partilhem em grupo, o que lhes permite orientar a equipa: “(...) olhar para ali e ver alguém que consiga transparecer experiência, sentido de segurança, tem que ser a pessoa que vai transmitir mais experiência, mais competências, é uma pessoa que é o Enfermeiro-Chefe que tem um papel primordial na equipa.” (102i.e.).

### **Visão da Profissão**

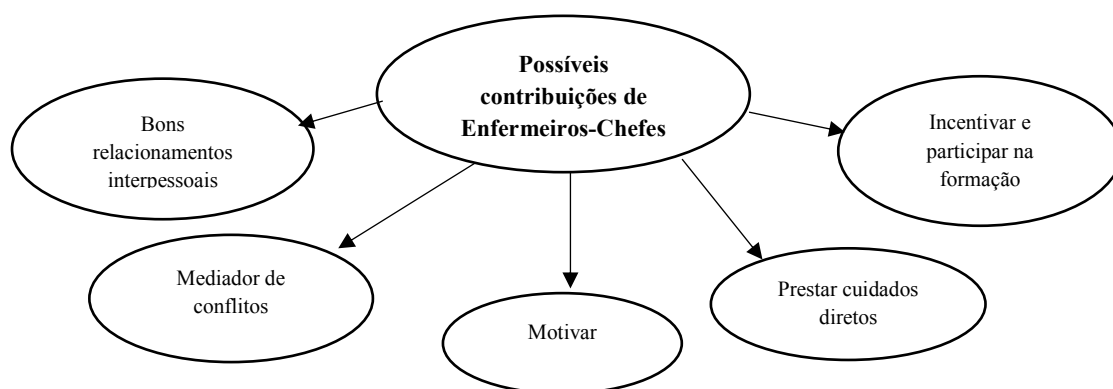
Alguns enfermeiros entrevistados, na categoria da Visão da Profissão, concebem o papel do Enfermeiro-Chefe como participante da prestação direta dos cuidados e que deve promover a união da equipa.

Os Enfermeiros-Chefes, segundo os entrevistados, devem acumular as suas funções de gestores com as de liderança, conseguidas através da sua **participação direta nos cuidados**, fazendo uma diferenciação entre os chefes anteriores e os atuais: “Acho que a geração antiga era uma geração que estava ali só para mandar, só para organizar o serviço, gostava mesmo de estar dentro do gabinete, e acho que a geração mais nova já é uma geração um bocadinho diferente, é uma geração que vem da prática, que gosta de estar com os colegas para ver como as coisas se fazem a orientar já dentro das situações.” (30i.e.).

Os enfermeiros defendem o papel de **união** dos elementos da equipa de enfermagem para com o Enfermeiro-Chefe, “A própria equipa tem que reconhecer este líder e este chefe como uma parte dela, tem de estar unida com *Ele*, tem de ter um à-vontade e uma confiança.” (86i.e.).

### **Possíveis contribuições dos Enfermeiros-Chefes**

Os enfermeiros participantes neste estudo desejavam que os Enfermeiros-Chefes assumissem o papel de incentivo e participação na formação dos elementos da equipa, contribuindo para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, de motivação, na presença na prestação direta de cuidados, na mediação de conflitos e, em consequência, no estabelecimento de bons relacionamentos com a equipa (ver Figura 38).



**Figura 38. Possíveis Contribuições de Enfermeiros-Chefes**

Neste sentido, os enfermeiros referem mesmo que uma das possíveis contribuições dos enfermeiros-chefes passaria por **participarem na formação** dos enfermeiros: “(...) podiam disponibilizar tempo para as pessoas apresentarem temas, haver mais reuniões semanais, mais formação em serviço e reuniões de partilha de coisas do dia-a-dia para melhorarem, às vezes é de conversas de nada que surgem ideias boas! Mas é preciso proporcionar espaços e tempos para elas acontecerem!” (24i.e.). Também se desejava que os enfermeiros-chefes **incentivassem a formação** dos seus colaboradores:

Os enfermeiros-chefes deveriam ter um papel mais ativo, mais pró-ativo, mais motivador, mais facilitador, porque nos deparamos com chefes que não são facilitadores para que os enfermeiros façam formação, a própria estrutura hospitalar, também, não é facilitadora para que as pessoas façam formação e acho que é preponderante os enfermeiros-chefes serem motivadores para que as pessoas façam formação na sua área específica e noutras áreas. (26i.e.).

Assim, a estes profissionais, reconhece-se a possível contribuição para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, quer participando na formação dos pares, quer incentivando a sua formação para a equipa evoluir e prestar melhores cuidados.

Outro papel atribuído a este elemento da equipa passa pela **motivação** dos seus liderados, “(...) preocupa-se em saber se o enfermeiro está motivado ou se não está, o que o desmotiva naquele momento, porque não anda contente com o seu trabalho (...). A motivação e o acompanhamento dos enfermeiros é a verdadeira função do enfermeiro-chefe, e a organização do serviço é importante, mas é mais do que isso.” (42i.e.). As estratégias de motivação, segundo os entrevistados, deveriam ser adequadas à equipa e aos seus elementos, e deveriam

(...) ser a construção, juntamente com a equipa, de objetivos a atingir, objetivos clínicos, objetivos com indicadores ou eventualmente haver por exemplo candidaturas, prémios ou projetos para que a equipa toda assim o faça, ou então pegar em indicadores que são mais do hospital como de infeção, de úlceras de pressão e utilizar esses indicadores como motivadores para a equipa – vamos tentar diminuir, vamos tentar ser melhores que o outro serviço, isto é, ver aquilo que pode ser estímulo positivo para a sua equipa, mais uma vez conhecendo individualmente cada um dos seus enfermeiros e utilizar as estratégias para concretizar essa evolução na equipa. (52i.e.).

A **participação direta nos cuidados**, pelos Enfermeiros-Chefes, é desejada pelos enfermeiros participantes, para conseguirem associar o seu papel de gestor ao papel de líder reconhecido pelos elementos da equipa na “(...) orientação na prática, estarem mais presentes para boas práticas” (72i.e.); esta presença possibilitaria ao enfermeiro-chefe: “(...) entender a realidade, consegue detetar mais facilmente os obstáculos, as

dificuldades, tudo, que muitas vezes é difícil de entender quando não se executam os cuidados.” (96i.e.).

Os Enfermeiros-Chefes, também, são visualizados como **mediadores de conflitos** dentro das equipas de enfermagem: “(...) mediador das equipas, de confronto de opiniões e resolução de conflitos.” (42i.e.) e no estabelecimento de **bons relacionamentos** com a equipa: “(...) saber transmitir-nos como se fossem modelos e de organizarem-se de uma forma objetiva que não restem dúvidas, que sejam frontais, que sejam participativos, mais abertos e não sejam pessoas com dificuldade em estabelecer relações e comunicar aquilo que têm que comunicar, não mentir e dizer a verdade...” (101i.e.).

#### 3.3.4. Influências de Outros Profissionais de Saúde

Nas Influências de Outros Profissionais de Saúde, a diferenciação é maior em relação aos enfermeiros-chefes e aos professores, com dois enfermeiros (101i.e., 102i.e.) que se identificam totalmente com este grupo e sete enfermeiros (12i.e., 17i.e., 21i.e., 26i.e., 30i.e., 90i.e., 99i.e.) que se diferenciam totalmente.

Os enfermeiros, ao referirem-se a Outros Profissionais de Saúde, maioritariamente, estavam a referir-se aos assistentes operacionais, seguidos dos assistentes técnicos e em pequena minoria a todos os profissionais, que não especificaram, e por último, outros técnicos superiores. Não se referiram aos médicos neste grupo, porque havia uma abordagem específica para esse grupo profissional.

De seguida, apresentam-se os resultados para a dimensão da Identificação com Outros Profissionais com as identificações e diferenciações realizadas pelos enfermeiros participantes com este grupo profissional (Quadro 9).

**Quadro 9. Matriz Identificação com Outros Profissionais**

<b>Identificação com Outros Profissionais de Saúde</b>			
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Identificação</b>	<b>Diferenciação</b>
<i>Visão da Profissão</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceitação de críticas</li> <li>• Dedicção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desmotivação</li> <li>• Dedicção</li> <li>• Competências diferentes</li> <li>• Auxiliares nos cuidados</li> </ul>
<i>Competências</i>	<b>Relacionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflitos</li> </ul>
	<b>Científicas</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação escassa</li> </ul>
<i>Caraterísticas de Equipa</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importantes para a equipa</li> </ul>	

### Diferenciação com Outros Profissionais de Saúde

Os enfermeiros entrevistados distanciam-se deste grupo, essencialmente, pela Visão da Profissão e de seguida pelas Competências (ver Quadro 9).

#### *Visão da Profissão*

A maior caraterística que diferencia os enfermeiros participantes nesta pesquisa dos assistentes operacionais e técnicos é a desmotivação, só em menor número é referida a sua dedicação, visualizando-os como auxiliares nos cuidados e com competências diferentes.

Os enfermeiros consideram que o que os distingue dos assistentes operacionais e técnicos são as causas das suas **desmotivações** como: não gostarem do que fazem; não arranjam outra profissão; não se identificarem com o que fazem; serem secundarizados nos cuidados; pouca visibilidade no ambiente hospitalar; e o facto de não se sentirem realizados.

A desmotivação destes profissionais está patente em determinadas atitudes que a *Eles* são imputadas: pouco rigorosos e desleixados; desinteressados; pouca iniciativa e disponibilidade; pouco colaborantes; sem dedicação; não se preocupam em ajudar os utentes; apenas cumprem o horário de trabalho; constante absentismo; insensíveis; interferem na dinâmica do funcionamento do serviço; falam de situações que não conhecem e stressam os utentes.

No entanto, apesar de os enfermeiros percecionarem os Outros Profissionais de Saúde como desmotivados, e serem as causas e as atitudes destes que diferenciam das suas próprias desmotivações, alguns enfermeiros chegam a diferenciar este grupo profissional de forma positiva, apontando algumas qualidades como a dedicação. A **dedicação** destes profissionais é constatada pela fragilidade do vínculo de trabalho, que exige uma maior dedicação e uma maior vontade na participação no trabalho de equipa, que é diferenciada consoante os contextos de trabalho: “(...) nos centros de saúde estão muito mais desligadas dos utentes e dos cuidados, a função é muito mais burocrática e operacional – lá está assistentes operacionais! No hospital chamam-se assistentes operacionais, mas continuo a dizer auxiliares de ação médica ou de enfermagem, estão muito ligados ao doente.” (52i.e.).

Apesar de os enfermeiros entrevistados mencionarem que os assistentes operacionais têm **competências diferentes**, este grupo profissional é considerado importante no seio da equipa. Alguns enfermeiros chegam a denominá-los de **auxiliares nos cuidados**, chamados a participar nos cuidados diretos sob supervisão dos enfermeiros, mas os assistentes operacionais e técnicos, não reconhecem a importância das suas funções.

### **Défices nas *Competências Científicas***

As Competências Científicas são as que mais distanciam este grupo profissional dos enfermeiros; ao grupo dos assistentes operacionais é reconhecida a sua **formação escassa**, não sendo exigida nenhuma qualificação para exercer a profissão, por vezes colmatada com a formação ministrada pelos enfermeiros, mas insuficiente para a função que desempenham, tendo implicações por vezes nos cuidados: “Às vezes essa falta de formação pode colocar em questão os meus cuidados, por exemplo, na manutenção do ambiente na prevenção de infeção hospitalar.” (99i.e.).

Nesta quase ausência de formação por parte dos assistentes operacionais, preocupa alguns enfermeiros entrevistados o facto de este grupo partilhar de situações íntimas com a pessoa, sem preparação e sem estar ao abrigo de um qualquer código deontológico e até com acesso a algumas informações com as quais não sabe lidar: “*Eles* convivem com o doente e partilham situações íntimas das pessoas sem qualquer tipo de formação, sem estarem ao abrigo de qualquer tipo de código nem terem nenhuma regra ou código de conduta para este tipo de grupo profissional (...)” (12i.e.).

### **Défices nas *Competências Relacionais***

Os enfermeiros caracterizam este grupo profissional como **conflituoso** e do qual se diferenciam, devido à sua pouca formação e à desmotivação que identificam nestes profissionais.

### **Identificação com Outros Profissionais de Saúde**

Os enfermeiros identificam-se com os Outros Profissionais de Saúde, maioritariamente, os assistentes operacionais, pelas Características de Equipa e, só em número reduzido, pela Visão da Profissão e pelas Competências Relacionais (Quadro 9).

#### ***Caraterísticas de Equipa***

Os enfermeiros entrevistados reconhecem a **importância** destes elementos na equipa de saúde, pois apesar de terem profissões muito distintas têm objetivos comuns: “(...) em equipa para o bem do doente, para melhorar o estado daquele doente, para proporcionar melhor qualidade de vida (...)” (42i.e.).

A esse propósito, num centro de saúde, na região Sul de Portugal, uma enfermeira evidencia o trabalho de equipa com estes profissionais, dada a mobilidade constante dos enfermeiros e médicos de outras regiões do país para essa região, referindo que quem faz o elo de ligação entre os elementos da equipa multidisciplinar e a população são os assistentes operacionais nativos.

#### ***Visão da Profissão***

Aos Outros Profissionais de Saúde, são reconhecidas a **aceitação das críticas** e a **dedicação**, com as quais os enfermeiros deste estudo se identificam. Os enfermeiros identificam-se quando estes profissionais se dedicam ao seu trabalho, demonstrando disponibilidade para o utente, a família e os outros elementos da equipa multidisciplinar, tal como se identificam com a sua capacidade de aceitar as críticas com vista a melhorar as suas funções.

### **Competências Relacionais**

A identificação com as competências relacionais dos assistentes operacionais, está na capacidade **de comunicar de forma simples** com os utentes e seus familiares.

A identificação com a **complexidade na comunicação** já se efetua com outros grupos profissionais como os farmacêuticos e os fisioterapeutas, a qual exige uma exposição diferente para um bom fluxo de informação e comunicação: “(...) se não houver esse fluxo de informação depois há uma quebra e as coisas não funcionam, não é tanto pelo trabalho em equipa, mas passa pela comunicação.” (102i.e.).

### 3.3.5. Influências dos Médicos

Este grupo profissional é o que mais diferenciação apresenta por parte dos enfermeiros entrevistados, com nove enfermeiros (12i.e., 17i.e., 24i.e., 30i.e., 42i.e., 53i.e., 69i.e., 86i.e, 90i.e.) que se diferenciam totalmente e apenas um enfermeiro (102i.e.) que se identifica totalmente.

De seguida, apresentam-se os resultados da dimensão da Identificação com os Médicos (Quadro 10).

**Quadro 10. Matriz de Identificação com os Médicos**

<b>Identificação com os Médicos</b>			
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Identificação</b>	<b>Diferenciação</b>
<b><i>Visão da profissão</i></b>		<ul style="list-style-type: none"><li>• União</li><li>• Mesma área de atuação, com diferentes funções</li><li>• Realização</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Competências diferentes</li><li>• Modelo Biomédico</li><li>• União</li><li>• Competição</li><li>• Realização</li><li>• Insegurança</li></ul>
<b><i>Competências</i></b>	<b>Relacionais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relações interpessoais com utentes e cuidadores</li><li>• Relações interpessoais com os profissionais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Défices nas relações interpessoais com utentes e cuidadores</li><li>• Défices nas relações interpessoais com os profissionais</li></ul>
	<b>Cognitivas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Complexidade</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desorganização</li><li>• Intelectuais</li></ul>

## Diferenciação com os Médicos

A Diferenciação com os Médicos verifica-se na Visão da Profissão com competências diferentes, baseados no Modelo Biomédico, com união profissional e uma maior realização profissional, mas também competitivos e inseguros: e no que se refere ao Défices nas Competências, essencialmente, Relacionais, e em forma residual nas Cognitivas (ver Quadro 10).

### *Visão da Profissão*

Os enfermeiros diferenciam-se do grupo profissional dos Médicos, fundamentalmente, por reconhecerem que são grupos profissionais com **competências diferentes**, sendo que essas mesmas diferenças nas funções dos elementos da equipa são as que permitem trabalhar em equipa multidisciplinar, chegando alguns enfermeiros a afirmar a complementaridade profissional, “(...) são desenvolvimentos profissionais distintos e formas de atuar distintas, ainda que se complementem e, ainda, que os veja num nível, também, de paridade ou de igualdade, não os vejo num nível superior nem inferior (...) mas temos formas de pensar totalmente diferentes.” (46i.e.).

Essas diferenças nas competências e funções estendem-se a outros domínios com as diferentes representações sociais: “A competência do enfermeiro é diferente, tem a técnica e a relação, no médico pode ser competente, mas ser arrogante (...)” (24i.e.).

Os enfermeiros entrevistados distanciam-se do **Modelo Biomédico** que atribuem ao médico, ao referirem que os médicos se centram na resolução da doença e na cura de um órgão e dividindo-o em especialidades, atuando com base em *guidelines* que, muitas vezes, não são adaptadas à situação ou ao doente, e acrescentando que os serviços giram, ainda, atualmente em função do médico e não do doente. Surge nesta subcategoria a distinção entre o tratar, do médico, e o cuidar, do enfermeiro.

Os médicos são caracterizados pelos enfermeiros como **unidos**, “(...) são elementos da equipa de saúde e que se defendem sempre uns aos outros; podem não gostar, não se dar muito com os colegas, mas são incapazes de dizer mal do que o outro faz menos bem, enquanto, *Nós* não aprendemos isto!” (72i.e.), característica que se ambiciona na profissão de Enfermagem.

De igual modo, a **competitividade** é desejada pelos enfermeiros para a progressão na carreira, de forma saudável, mas que se diferencia do médico, pois a competitividade

para o médico é “(...) ascender na carreira e para mim é fazer melhor (...)” (26i.e.). A **realização** é outra qualidade que se almeja. ao observar os médicos “(...) acho que os médicos em geral estão satisfeitos com a profissão (...)” (26i.e.).

A **insegurança** é atribuída aos médicos internos que atuam sozinhos e sem experiência, passando insegurança para alguns enfermeiros: “(...) causa insegurança porque trabalhamos em equipa e se houver uma decisão insegura *Eu*, também, me sinto insegura!” (96i.e.).

### **Défices nas Competências Relacionais**

Ao nível das Competências, são os Défices nas Competências Relacionais que mais distinguem os Médicos dos enfermeiros participantes, tendo diferentes relações interpessoais para com os utentes e cuidadores, e para com os outros profissionais da equipa.

Ao nível das **relações interpessoais relativamente aos utentes e cuidadores**, os enfermeiros apontam o **paternalismo**, especialmente por parte dos Médicos mais velhos, chegando estes a desconsiderar as decisões dos utentes e seus cuidadores, criando **dificuldades na gestão do tempo**, com longas horas de espera nos consultórios e centrando-se nas doenças e na cura. Além do mais, os enfermeiros referem que os Médicos optam pela **arrogância e a distância da relação médico-doente**, realizando juízos de valor e complicando situações pela desvalorização da sua relação com o utente, como as seguintes afirmações exemplificam:

Complicados, porque como não têm esse conhecimento da criança e familiares, o que acontece na minha experiencia é que fazem juízos de valor e complicam porque não conhecem os doentes e com situações simples fazem coisas complicadas, e também, porque não conhecem desvalorizam por aquilo que a pessoa passa e fazem juízo de valor. (99i.e.); Quando digo prepotentes quero dizer num modelo muito paternalista: *Eu* quero, prescrevo e o doente faz! – Sem que a decisão passasse pelo utente. (12i.e.).

Ao nível das **relações interpessoais em relação aos profissionais**, também são apontados **défices** que os distanciam dos enfermeiros, sendo referidos comportamentos **autoritários** nas suas relações com outros profissionais da equipa de saúde, com distâncias nas relações entre médicos e enfermeiros, necessitando de se imporem aos outros profissionais perante os utentes e cuidadores.

No entanto, estas diferenciações, segundo os enfermeiros, estão a esbater-se com a entrada nos serviços de Médicos mais novos e em locais como Unidades de Saúde Familiares e Serviços de Urgência Hospitalares, que exigem um maior trabalho de equipa.

### **Défices nas *Competências Cognitivas***

Os Médicos são percecionados, por alguns enfermeiros, como tendo **dificuldade na organização** do seu trabalho, dificuldade em tratarem de burocracias, dificuldade de realizarem consultas sem serem interrompidos constantemente e como não se interessando por saber o motivo apontado para o doente faltar às consultas.

Uma das entrevistadas refere-se à capacidade **intelectual** dos Médicos, como uma qualidade diferenciadora, colocando-se num patamar inferior de inteligência em relação a este grupo profissional. Tal posicionamento já tinha sido feito comparativamente aos professores de enfermagem, pela necessidade destes acederem a um vasto conjunto de conhecimentos para a sua prática profissional.

### **Identificação com os Médicos**

Os enfermeiros entrevistados identificam-se com os Médicos, também, na Visão da Profissão e nas Competências (Quadro 10).

#### ***Visão da Profissão***

Os enfermeiros identificam-se com os Médicos, essencialmente, porque consideram que, apesar das funções distintas de cada grupo, ambos têm a **mesma área de atuação**: “(...) o médico está constantemente a decidir sobre a sua área profissional que é a medicina! Assim como os enfermeiros estão constantemente, a meu ver, constantemente a decidir naquilo que é a sua área de enfermagem autónoma, na profissão autónoma da Enfermagem.” (52i.e.).

Os enfermeiros, tal como os Médicos, sentem-se **realizados** com a sua profissão e identificam-se com os médicos na sua **união** profissional, não depreciando os colegas.

#### ***Competências Relacionais***

As Competências Relacionais dos Médicos, também, são fonte de identificação por parte dos enfermeiros, ao nível das relações interpessoais para com os utentes e cuidadores. Aposta-se numa **relação de proximidade**, igualmente, ao nível das relações interpessoais com os profissionais, **partilhando** artigos científicos, conhecimentos e

estabelecendo-se uma boa relação e comunicação atingindo-se, assim, um **bom trabalho de toda uma equipa multidisciplinar**.

### ***Competências Cognitivas***

O grau de **complexidade** dos cuidados aos doentes aproxima os enfermeiros dos médicos; apesar de terem campos disciplinares distintos, os enfermeiros identificam-se com o empenho e a procura de melhor evidência científica para as suas competências que os médicos constantemente utilizam.

### 3.3.6. Possíveis contribuições de Outros Grupos Profissionais

Segundo os enfermeiros entrevistados, os Outros Grupos Profissionais poderiam trabalhar em complementaridade, num trabalho de equipa multidisciplinar, com o reconhecimento profissional dos enfermeiros.

A **Complementaridade** é percecionada como a partilha de conhecimentos da sua área para o desenvolvimento das equipas, para o usufruto do utente, para melhorar a prestação dos cuidados de saúde: “Acontece que uma classe puxa a outra, mas não intencionalmente, mas indiretamente daquilo que é o esforço conjunto de uma equipa para se querer melhorar.” (52i.e.).

O **Trabalho de Equipa Multidisciplinar** é ambicionado pelos enfermeiros, baseado em boas relações e comunicações, resolução de conflitos, visto permitir o desenvolvimento profissional e da equipa:

(...) numa instituição, há sempre um trabalho de equipa multidisciplinar, e através da forma do relacionamento e da forma como te relacionas com as equipas, isto vai ao encontro também ao teu processo de crescimento – a forma como dás e recibes das outras equipas vai fazer com que tu cresças mais e este processo de aprendizagem contínua faz com que cresças enquanto profissional. (102i.e.).

Nesta busca pela complementaridade e pelo trabalho de equipa para prestar melhores cuidados, os enfermeiros sentem-se gratificados por serem reconhecidos profissionalmente no seio das equipas multidisciplinares: “As pessoas procurarem-te porque podes dar uma resposta, influência quer seja médico, quer seja auxiliar, quer seja secretariado, acho que o reconhecimento dos outros grupos profissionais com quem trabalhamos influencia-nos.” (30i.e.).

### 3.4. Influências identificadas e consentidas na Identidade Profissional

Na temática das Influências Identificadas e Consentidas na Identidade Profissional, destacam-se duas dimensões: a Apreciação de Pessoas Significativas e a Apreciação de Pessoas de Oposição; na primeira dimensão, foram reconhecidas como tendo influenciado positivamente o seu percurso profissional, com a sua designação. Do mesmo modo, sobre as identificações realizadas na primeira dimensão, reconheceram-se as oposições realizadas durante o trajeto profissional destes enfermeiros, com a designação dos grupos profissionais responsáveis por esta oposição, assim como os fatores que levaram a efetuar estas diferenciações.

O que aproxima os enfermeiros entrevistados das pessoas consideradas significativas e o que afasta das pessoas de oposição encontram-se esquematizadas no quadro seguinte.

**Quadro 11. Matriz de Identificação com Pessoas Significativas e de Oposição**

<b>Identificação com Pessoas Significativas e de Oposição</b>			
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Pessoas Significativas</b>	<b>Pessoas de Oposição</b>
<i><b>Caraterísticas de Equipa</b></i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referências</li> <li>• Consideram as opiniões dos elementos da equipa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflitos</li> <li>• Individualismo</li> </ul>
<i><b>Visão da Profissão</b></i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivação - gostar da profissão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desinteresse</li> <li>• Incompetência</li> <li>• Estigma na relação enfermeiro-médico</li> </ul>
<i><b>Visão do Alvo de Cuidados</b></i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoa com poder de decisão</li> </ul>	
<i><b>Visão dos Cuidados</b></i>	<b>Competências Relacionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio entre colegas</li> <li>• Proximidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoritarismo</li> <li>• Falsidade</li> </ul>
	<b>Competências Científicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimentos atualizados e aprofundados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estagnação de conhecimentos</li> <li>• Ausência de conhecimentos</li> <li>• Bloqueio da formação</li> </ul>
	<b>Natureza dos Cuidados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha de experiências e conhecimentos de Perito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo Biomédico</li> </ul>

### 3.4.1. Apreciação de Pessoas Significativas

As pessoas consideradas significativas para o grupo de enfermeiros entrevistados foram os enfermeiros da prestação direta de cuidados, incluindo os enfermeiros especialistas, e os enfermeiros-chefes, com oito referências; outras oito, juntando estes últimos aos professores de enfermagem e três referências a enfermeiros e médicos.

As categorias que emergiram do discurso dos participantes foram, essencialmente, a Visão dos Cuidados e as Características de Equipa, seguidas da Visão da Profissão e da Visão do Alvo de Cuidados

#### *Visão dos Cuidados*

Na Visão dos Cuidados das pessoas significativas privilegiam-se a Natureza dos Cuidados e as Competências.

#### *Natureza dos Cuidados*

Na Natureza dos Cuidados, destaca-se a experiência, a experiência que é valorizada, é considerada prática ou sabedoria que se alia ao conhecimento ou evidência científica, denominada, também, de maturidade profissional. Estas pessoas significativas **partilham esses conhecimentos e experiências de perito**, com fortes influências principalmente no início da profissão. Influências que são consideradas essenciais e interferem na própria identidade profissional:

(...) daquilo que é ser uma enfermeira, um bom profissional na nossa área de trabalho – como prestar cuidados, procurar os caminhos certos, como aprender - e principalmente o que é ser enfermeiro na sua essência, que é pôr sempre o doente em primeiro lugar; só por aí obriga a estar sempre atualizado, perceber tudo para ajudar a pessoa da maneira certa. (...) ensinaram a ter o comportamento correto, a atitude certa, em relação à minha postura profissional, à minha atitude e em relação aos cuidados a prestar aos doentes, ao meu trabalho no geral. (30i.e.).

#### *Competências Relacionais*

Uma característica que se apresentou como consensual foi o **apoio entre colegas**; são colegas que consolam, incrementam a autoestima, demonstram bom relacionamento interpessoal, valorizam os elementos da equipa, com **proximidade** e companheirismo em situações-problemas de grupo e equipa, com apoio nas decisões e intervenções. Estes colegas enfermeiros unem e trabalham, tendo em conta o grupo: “São pessoas que sabem ouvir e compreender as situações, muitas vezes até que vá contra a opinião deles, mas compreendem as situações do grupo de trabalho, da equipa.” (96i.e.).

### ***Competências Científicas***

Uma das grandes apreciações realizadas pelos enfermeiros participantes às pessoas significativas, é o facto de os seus **conhecimentos científicos estarem atualizados e aprofundados em determinada área**, revelando constante pensamento crítico-reflexivo, que o grupo reconhece e ao qual solicita apoio: “Têm algumas características que temporariamente a equipa lhes reconhece, quando há necessidade de consultadoria na área de peritagem, num domínio do conhecimento” (53i.e.).

### ***Caraterísticas de Equipa***

Nas Caraterísticas de Equipa, destacam-se: a liderança/referência e o poder opinar.

As pessoas de **referência** são as pessoas significativas destes enfermeiros, que influenciam as suas tomadas de decisão e o desejo de desenvolvimento profissional, de melhorar ou aperfeiçoar as suas práticas: “(...) no fundo, elas modelaram e influenciaram a forma como *Eu* fui tomando decisões e, no fundo, este desejo e objetivo de excelência profissional!” (46i.e.).

As caraterísticas das pessoas significativas ou de referência são: rigor, trabalhar para a excelência, boa capacidade de comunicação e persuasão, assertivas, determinadas, sempre a aprender, a arriscar, influenciam os outros para determinados objetivos e estão sempre a desenvolver-se e a estimular os outros para o desenvolvimento. Estas pessoas são líderes que “(...) conseguem influenciar, através da comunicação e das competências, são pessoas com muitas competências que conseguem resolver muitas situações e conseguem ter uma resposta, quando não sabemos o que fazer, conseguem orientar, conseguem mostrar o caminho para onde seguir, são líderes!” (72i.e.).

Os enfermeiros entrevistados apreciam o facto de as pessoas significativas considerarem as suas **opiniões**, mesmo que contraditórias, para poderem em grupo tomar decisões em prol do utente; se “(...) cada elemento conseguisse compreender um ao outro dentro das suas funções, no sentido do melhor objetivo para com o utente que estamos a cuidar, evitando dificuldades de comunicação e discórdias que são dispensáveis.” (69i.e.).

### ***Visão da Profissão***

A caraterística que sobressai na Visão da Profissão das pessoas significativas é a sua **motivação por gostar da profissão**. Os enfermeiros valorizam a dedicação nos cuidados, a perceção da sua motivação nas atitudes e formas de estar, que integra o gosto pela profissão, no seu agir profissional: “(...) porque elas são um espelho e um reflexo

positivo da sua profissão, quando não precisas de vestir a capa, mas já o és assim, integras na tua pessoa o agir profissional, então cria-se a tal identidade profissional, que *Eu* reconheço nestas pessoas e por isso são modelos.” (46i.e.).

### ***Visão do Alvo de Cuidados***

É valorizado o facto de esses enfermeiros significativos **respeitarem as decisões dos utentes**: “(...) respeitar o que o doente pretende, o que espera de *Nós*, saber esperar por *Eles*, não obrigar, nem forçar as coisas.” (101i.e.).

### 3.4.2. Processos de influência reconhecidos

Os processos de influência que os enfermeiros entrevistados reconhecem nas pessoas significativas são variados, porém podem-se resumir às **referências** profissionais que se observam na prática de cuidados, mais marcantes no início da carreira, contudo também influenciam ao longo da vida profissional, “(...) continuo a considerar ao fim de 18 anos que há pessoas que me continuam a influenciar!” (12i.e.).

Os enfermeiros entrevistados referem-se a estes enfermeiros como modelos ou exemplos a seguir, principalmente no início da sua atividade profissional, assumindo depois características de referências, ao indicarem a margem que podem evoluir, inicialmente reproduzindo situações que observam e, posteriormente, são refletidas e aperfeiçoadas, isto é, são exemplos repensados e adaptados às situações.

Estas referências procuram-se, essencialmente, na prática direta dos cuidados, onde se vê a exercerem a profissão, em consonância com os seus conhecimentos de perito, que se denotam: na maneira de ser; de comunicar; de estar; nas atitudes com os utentes, os familiares e os elementos da equipa; a procura constante de desenvolvimento profissional; a forma como ultrapassam as dificuldades; em como incentivam a evoluir como pessoa e profissional; em como lideram projetos, a equipa e o trabalho; em como possuem capacidade de resolução de problemas e conflitos, tal como ideias de melhoria.

Apesar das referências profissionais serem maioritariamente relacionadas com enfermeiros da prática direta dos cuidados, também, se identificam outras influências: “Com os professores, a maneira de ensinar, atuar com os alunos e palestrar. Com os chefes, a maneira de atuar com a equipa. Com os colegas, o saber que demonstravam, que te passavam e que tu vias e que vês.” (24i.e.).

A **partilha de experiências e conhecimentos**, também, se torna um importante processo de influências, reconhecido pelos enfermeiros entrevistados; reconhece-se a existência de líderes de cuidados que desenvolvem competências e a melhoria de cuidados, no diálogo construtivo, no qual se conhecem formas de pensamento e de atuar alternativas, partilhando-se experiências e conhecimentos, visualizando-se práticas fundamentadas e discussão de ideias em equipa, que transformam cuidados, pensamentos e identidades profissionais, como refere um dos entrevistados:

(...) por haver vários líderes e todos serem capazes de olhar para a situação, ver o que é que falta e ver o que é melhor e conseguirem dialogar construtivamente – partilha de experiências, reflexão, debate, discussão positiva - acabam por empurrar cada um e a equipa no seu todo para melhores cuidados, porque a equipa acaba por, formal e informalmente, discutir os cuidados que são prestados, no sentido de melhorar os cuidados, ou seja, é como se a equipa estivesse num projeto, numa linha contínua ou num pensamento crítico contínuo. (52i.e.).

### 3.4.3. Apreciação de Pessoas de Oposição

As pessoas de oposição são, essencialmente, enfermeiros da prestação direta de cuidados, incluindo enfermeiros-chefes (6 referências), seguidos de enfermeiros e médicos (5 referências), três pessoas referem que ninguém os influenciou negativamente, e duas referências para enfermeiros da prestação direta de cuidados e, igualmente, duas referências para enfermeiros e professores e apenas uma pessoa se referiu apenas aos enfermeiros-chefes.

A diferenciação com estas pessoas faz-se ao nível da Visão dos Cuidados, das Características de Equipa e da Visão da Profissão.

#### *Visão dos Cuidados*

A Visão dos Cuidados distingue-se essencialmente pelas Competências, ou pela falta delas sejam elas Relacionais ou Científicas.

#### **Défices nas Competências Relacionais**

Sobre as pessoas de oposição, os entrevistados referem que possuem, nos seus relacionamentos profissionais, o autoritarismo, mas também a falsidade.

O **autoritarismo** é identificado em alguns enfermeiros-chefes, relativamente aos quais os enfermeiros se distanciam, reconhecendo a sua não aceitação de opiniões contrárias, referindo que recordam apenas os deveres profissionais, esquecendo-se dos

direitos, revelam distância na relação e que abusam do poder: “(...) só porque têm o poder, dizem que as coisas são assim, e tu tens que cumprir!” (30i.e.).

A **falsidade** é referida como um comportamento de repulsa, por parte dos enfermeiros entrevistados, caracterizada por: “(...) à frente te diz uma coisa, por trás diz outra e, quando descobres, pode ser tarde demais. Dão, até, informações erradas a teu respeito.” (98 i.e.).

### **Défices nas Competências Científicas**

As Competências Científicas, ou antes a sua falta, que são repudiadas pelos enfermeiros entrevistados são a estagnação de conhecimentos, a ausência de conhecimentos e o bloqueio da formação.

A **estagnação de conhecimentos** foi a característica mais referenciada como distanciadora dos enfermeiros, sendo atribuída a enfermeiros que terminaram o curso e não se interessaram em desenvolver os seus conhecimentos científicos, com práticas rotineiras e mecânicas, sem apoio no conhecimento ou adaptação às situações, repetindo erros e mesmo que sintam necessidade de formação não se interessam em colmatar essa dificuldade.

A **ausência de conhecimento** é outro fator de diferenciação. Revelar ausência de conhecimento é um comportamento de pessoas desprovidas do mesmo, que não possuem conhecimento baseado na evidência para as suas discussões e que têm dificuldades em responder ao solicitado, por falta desse mesmo conhecimento.

O **bloqueio da formação** foi um comportamento atribuído aos enfermeiros-chefes que não pretendiam o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

### **Natureza dos cuidados**

Os enfermeiros entrevistados distanciam-se do **Modelo Biomédico**, que apenas enfatizam o órgão ou sistema orgânico afetado e não pela pessoa como um todo, dominando apenas a vertente técnica dos cuidados.

### **Caraterísticas de Equipa**

Os comportamentos de equipa, de oposição, são os conflitos e o individualismo.

Os **conflitos** são inerentes a alguns enfermeiros, designados por conflituosos, que por norma, criam mau ambiente, encontrando problemas nas pequenas coisas. Estes conflitos são originados por alguns enfermeiros-chefes que dividem a equipa em aliados e inimigos.

Os conflitos partem da precipitação, do julgamento de situações complexas, de rivalidades entre colegas, no confronto de relacionamentos entre utentes e outros profissionais e na atribuição de ideias que dizem ser suas quando, na verdade, são de outros elementos da equipa.

O **individualismo** é referido como comportamento de oposição, quando o elemento apenas se centra nele, não respeitando os outros elementos, esquecendo o bem comum e o trabalho da equipa. Este individualismo surge na competição para conseguir destacamento perante o superior hierárquico, mas também porque está inerente na sociedade esse comportamento competitivo: “(...) estão sempre a competir por nada, tanto competem que nem sabem a razão de tal competitividade, competir por locais de trabalho, por setores, por isto, por aquilo, por tudo!” (96i.e.).

### ***Visão da Profissão***

Os enfermeiros entrevistados distanciam-se de enfermeiros que apresentam desinteresse, incompetência e o estigma da relação médico-enfermeiro.

O **desinteresse** é fator de distanciamento entre os enfermeiros, principalmente os elementos que não demonstram interesse ou não se vinculam com a profissão, não se empenham e desgastam os outros elementos da equipa; tal como a **incompetência**, que é atribuída a quem não sabe estabelecer prioridades, não cumpre o planeamento ou as suas funções. O **estigma da relação médico-enfermeiro** é outro fator de diferenciação, no qual alguns enfermeiros percecionam o médico como hierarquicamente superior.

---

## **VII. Discussão de resultados da segunda fase**



## 1. A Influência das lideranças na identidade profissional de Enfermeiros

Com a elaboração deste capítulo pretende-se realizar a discussão dos resultados sob a perspectiva do objeto de estudo “A influência das lideranças na identidade profissional de enfermeiros”, discutindo, não só os contextos e ambientes de formação e de interações escolares e profissionais e como estas lideranças são percebidas, bem como conhecer as configurações das identidades profissionais dos enfermeiros, para se entender as diferentes formas de influências identitárias. Identificou-se a referência de múltiplas lideranças, o que possibilitou conhecer o impacto nestes profissionais enfermeiros dos seus líderes informais, enfermeiros-chefes-líderes e professores de enfermagem, assim como os obstáculos que impedem esse reconhecimento de liderança e os processos que permitem que ele ocorra. Considerou-se que os assistentes operacionais e os técnicos não influenciam de forma determinante os enfermeiros, mas que os médicos apresentam uma influência significativa, que, saliente-se, é baseada numa influência recíproca, fruto do trabalho de equipa e não em forma de liderança propriamente dita.

A formação e o trabalho estão interligados na construção e reconstrução das identidades profissionais, sendo até referido por Abreu (2001) que “o espaço de trabalho confunde-se com o espaço da formação.” (p.20).

Pode-se afirmar que a formação, a profissão e o trabalho se alteraram, com as mudanças sociais, modificando-se e modificando o sujeito social numa “ação individual e coletiva, da pessoa humana que, a partir de um leque de oportunidades em aberto, é capaz de construir o seu próprio caminho, construindo modos de emancipação social do trabalho que permitam a atualização de todas as potencialidades do ser humano.” (Canário, 2016, p. 276). Desta forma, proporcionam-se diferentes articulações entre o trabalho e a aprendizagem, o que se torna premente conhecer nesta pesquisa, para identificar as interações de maior formatividade e de influência identitária, tal como (re)conhecer como estas ocorrem nestes ambientes formativos escolares e profissionais.

## 1.1. Liderança como mediadora da formatividade e da identidade

No estudo das identidades, com recurso à vertente biográfica e relacional de Dubar (1997), associada à vertente psicossocial de Zavalloni e Louis Guérin (1984), está implicada uma abordagem contextual, integrativa de diversos fenómenos que interferem nas (re)configurações identitárias, desde a formação ao trabalho, integrando as mudanças nos contextos sociais, políticos e económicos.

A formação, o trabalho e a identidade encontram-se interligados, num papel de socialização e qualificação para a profissão de enfermeiros na formação inicial, permitindo a transição para o mundo do trabalho. Todavia, as influências da formação não se esgotam neste período; esta relação de influência da formatividade prolonga-se ao longo do seu desenvolvimento, como profissional com formações formais (Pós-Graduações, formação contínua em serviço) e com a formação informal.

A formação formal dos profissionais entrevistados ocorreu em épocas de transição da própria formação: a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior, fortemente marcada pela lógica profissionalizante e escolarizada; e, num espaço temporal mais recente, num enquadramento do ensino ao nível Europeu, com o Processo de Bolonha, com a integração da autonomia do sujeito social e profissional. A mudança de paradigmas de formação desencadeou transições no desenvolvimento e nas identidades profissionais.

Os enfermeiros referiram que o paradigma tradicional, na formação inicial, os formou nas competências científicas, técnicas e relacionais, nas atualizações de conhecimentos, mas não no desenvolvimento do pensamento crítico, com dificuldades acrescidas na confrontação de uma identidade “virtual” perante uma identidade “real”, na transição para o mundo do trabalho. Com a formação Pós-Graduada, alguns enfermeiros puderam contactar com o novo paradigma da formação vigente, considerando a integração experiencial no desenvolvimento das competências profissionais especializadas, mas também nas competências crítico-reflexivas, que lhes permitiram (re)construir e identificar-se com uma identidade profissional mais autónoma e significativa.

Na formação Pós-Graduada, os enfermeiros fazem referência às transformações a que foram sujeitos, na articulação dos seus saberes experienciais com a teoria que estes contextos formativos ofereceram no desenvolvimento das competências já trabalhadas nos contextos de trabalho e interligadas com a formação pós-graduada, permitindo o aperfeiçoamento e o desenvolvimento de outras, ao encadear os diversos saberes na sua trajetória como profissionais e no aperfeiçoamento do pensamento crítico. Nestas mudanças que ocorreram, as escolhas autónomas identitárias profissionais estão patentes em um entrevistado, quando refere que na formação inicial um professor de enfermagem se tornou referência identitária profissional no seu percurso, mas com o aumento de espírito crítico conseguiu criar um modelo alternativo profissional não oposto à referência do professor, mas mais integrado, autónomo e de realização profissional. Os professores de enfermagem surgem com um papel de liderança nesta formatividade formal, como agentes de mudança identitária numa referencialização profissional.

O desenvolvimento e a identidade profissional constroem-se na formação formal com as influências dos formadores – professores e enfermeiros – dos paradigmas de formação e ensino e dos contextos profissionais e sociais, ainda assim, este processo não termina neste período, ele prolonga-se ao longo da vida profissional, na articulação das experiências com as formações formal e informal.

Na apreciação do ambiente de trabalho, os enfermeiros valorizam os Fatores Psicossociais, como o clima de trabalho e a natureza dos cuidados de enfermagem, em detrimento dos Fatores Físicos, o que determina a forte influência das interações profissionais com consequências na formatividade e identidade profissional destes enfermeiros.

Os contextos de trabalho e o grau de complexidade funcional dos enfermeiros exigem transformações e atualizações constantes, daí a formação contínua no serviço se tornar importante nesse processo. No trabalho, surgem imprevisibilidades e especificidades nas atuações profissionais, que segundo Lopes, A. (2001) exigem articulação dos recursos cognitivos formais e informais que são adquiridos na formação.

A importância da formatividade denota-se na formação contínua, quer pela exigência da complexidade de atuação, quer pelo dever profissional; no entanto, é dificultada pelas medidas economicistas e pela tendência escolarizadora e transmissiva destes contextos.

A formação informal foi percecionada como um espaço de formação contínua alternativa que permite a partilha e o desenvolvimento de perícia clínica, num processo

supervisivo colaborativo em que a liderança se destaca como mediador desta formatividade.

Os entrevistados evidenciam esta formação informal nos seus contextos de trabalho, quer numa relação que Garrido et al. (2008) definem de supervisão clínica entre um enfermeiro experiente e outro menos experiente, quer numa parceria designada por Gotieb et al. (2012) como colaborativa com outro enfermeiro considerado par.

Segundo Alarcão e Canha (2013), a supervisão, numa forma tradicional, resulta de uma relação hierarquizada e verticalizada entre os atores, enquanto a colaboração se baseia numa relação democrática e horizontal, na junção destes dois conceitos, aparentemente contraditórios, surge a supervisão colaborativa.

A formação informal é percecionada pelos enfermeiros entrevistados como momento de reflexão individual e em conjunto, deveras importante na formação de colegas e na própria formação, numa tentativa de colmatar dificuldades em grupo, assim como inserida no quotidiano profissional, como parte integrante do exercício profissional.

O modelo formativo informal, reconhecido pelos entrevistados, aproxima-se da articulação dos conceitos de supervisão e colaboração, onde “os profissionais aprendem na interação com os seus colegas, tornando-se mais evidente, neste caso, aliança entre supervisão e colaboração.” (*ibid*, p.54), assumindo, alternadamente, ser supervisor e supervisionado (Pinheiro et al., 2014), com a emergência e desenvolvimento de lideranças, neste processo colaborativo.

O desafio, na formação destes enfermeiros, destaca-se, quando estes centram a valorização da formação num controlo organizativo do processo, originando conflitos na planificação e estruturação de toda a formação, inclusive a informal. Denota-se que, apesar de teoricamente conceberem a formação informal, sentem dificuldades na sua concretização de forma informal, decorrente da incorporação duma formatividade escolarizada, dificuldades referidas, também, por Costa (2008) e Pinheiro (2012).

Os enfermeiros manifestam o desejo de controlo da formação informal, como estratégia de intensificação e proliferação desta valência formativa, reconhecendo a importância desta formação no seu percurso profissional, mas desvirtualizando-a da sua informalidade.

Pinheiro et al. (2014) salientam a necessidade de, nesta relação de colaboração, se enquadrarem os peritos – líderes clínicos – envolvidos em processos denominados de crítico-reflexivos por Wilson (2014), num *continuum* de desenvolvimento profissional progressivo e de (re)construção identitária entre pares.

A importância das referências entre pares (líderes clínicos), no desenvolvimento profissional e identitário, foi novamente considerada na valorização da formação; os entrevistados, reconhecendo-a, desejam também eles serem referência para os outros, que almejam concretizar com a recursividade das formações - formal e informal – e da prática clínica, num ambiente colaborativo e valorizador de *Si*, como pessoa e profissional.

Os enfermeiros participantes neste estudo reconhecem implicações identitárias do desenvolvimento profissional, na área dos saberes e dos cuidados em permanente transformação. Apesar de conceberem a articulação entre a teoria e a prática, os entrevistados valorizam a teoria-prática nas formações, reforçando a particularidade identitária destes profissionais de saúde numa praticidade científica.

A presença de uma forma identitária mista, alternativa à do cuidar e do tratar, com a colaboração inter e intraprofissional para um objetivo comum, é intensificada pela apreciação de uma formação que favoreça a partilha de conhecimentos e experiências entre pares e entre outros profissionais, expondo a interprofissionalidade, nos contextos de saúde, e as respetivas lideranças ou influências profissionais.

Assim, ao reconhecer quais as lideranças profissionais existentes nestes contextos formativos escolares e de trabalho desencadeadoras de transições identitárias, sobressai a liderança que pode ser exercida pelo enfermeiro, o enfermeiro especialista e o enfermeiro-chefe, assim como o professor de enfermagem, mas também reconhecendo as influências de outros profissionais.

Após se identificarem as influências profissionais nesses contextos formativos, torna-se, então, premente (re)conhecer como as diversas identidades profissionais realizam as suas identificações e diferenciações profissionais, para entender como estas ocorrem.

Nas identidades profissionais nos enfermeiros entrevistados, identificam-se as identidades que emergiram com a análise dos inventários – Identidade de Negociação, Identidade Relacional e Identidade de Profissionalização, com a exceção da Identidade de Manutenção que se encontra diluída nas identidades anteriores e metamorfoseada na Identidade Atribuída Desejada. Os entrevistados não se enquadram de forma rígida nas identidades anteriormente identificadas, mas registam reorganizações dinâmicas identitárias.

Neste sentido, os enfermeiros, conforme se identificam com as diversas representações que apresentam na Identidade Reivindicada, Desejada, Rejeitada e Atribuída da Profissão, dos Cuidados e do Alvo de Cuidados, valorizam ou desvalorizam

determinados aspetos que possibilitam reconhecer as influências mais ou menos intensas com os *Outros* – pessoas significativas ou de oposição e os processos implícitos nestes processos.

## 1.2. Dinâmicas identitárias profissionais

As influências sociomotivacionais, que foram referidas pelos entrevistados, no que diz respeito à sua Visão da Profissão, à sua Visão dos Cuidados e à sua Visão do Alvo de Cuidados, permitem conceder ênfases diferentes, conforme as identidades a que se referem.

### ***Visão da Profissão***

Os enfermeiros assumem uma Identidade Reivindicada do tipo biográfico para *Si* e para o *Outro* significativo, assumem uma profissão ora vocacional, ora qualificada, ora com um campo disciplinar distinto, que compreende trabalho de equipa e que anseia pelo reconhecimento social.

A Identidade profissional Reivindicada, referida por alguns dos profissionais de enfermagem participantes nesta pesquisa, é baseada na vocação com procedência histórica, implicando uma qualidade inata que, posteriormente, com a formação se desenvolve e exige espírito de sacrifício e que muito se assemelha aos enfermeiros da Identidade Relacional.

Já a ideologia vocacional, ligada à subordinação ao poder médico, foi encontrada em Lemos (2008); no entanto, os discursos dos entrevistados desta pesquisa nada referiram, quanto à necessidade de subordinação médica, por vezes distanciando-se mesmo desta ideia. De modo que, esta ideologia vocacional reivindicada se aproxima mais do estereótipo de feminilidade identificado por Escobar (2004), em que apesar de se encontrar o carácter atribuído de feminilidade na profissão de Enfermagem está ausente a referência à submissão e à obediência.

Outros enfermeiros reivindicam a sua identidade profissional alicerçada na qualificação da profissão ao nível do Ensino Superior, com diversos graus académicos e com enfermeiros na gestão e na investigação, característica presente em enfermeiros da

Identidade de Profissionalização. A profissionalidade destes profissionais assenta na exigência de um diploma para o exercício profissional, que foi reconhecido ao nível do Ensino Superior português, reconhecendo-se uma identidade de transição próxima da conquista da autonomia profissional.

Na conquista desta autonomia profissional, inscrevem-se os discursos que definem Enfermagem num campo disciplinar distinto de outras profissões, com relações privilegiadas com o alvo de cuidados.

A relação com o alvo de cuidados tem singularidades únicas, tendo esta relação lugar, em função do tempo de permanência junto à pessoa, que nem sempre é bem aproveitado pelos enfermeiros - como refere uma das entrevistadas (101i.e.). Segundo Renaud (2010), a duração da permanência junto ao utente, de forma quantitativa e qualitativa, manifesta-se sob uma presença autêntica e única que distingue aquele profissional enfermeiro na vida da pessoa cuidada.

Segundo Carapinheiro (1993) e Lopes, N. (2001), a identidade profissional é revalorizada pela relação com os utentes, com o reforço do carácter psicossocial da profissão e da autonomia, proporcionada por estas relações privilegiadas, e na aplicação do saber disciplinar da Enfermagem.

A identidade profissional não se refere apenas à ideologia vocacional, mas ocupa espaços de autonomização profissional, baseando-se num campo disciplinar que se sustenta em Teorias de Enfermagem que foram evoluindo, conforme os contextos históricos, sociais e políticos, com o desenvolvimento de Teorias de Médio Alcance e Grandes Teorias disciplinares de Enfermagem. Posteriormente, estas Teorias foram classificadas em Paradigmas e Metaparadigmas que favoreceram e viabilizam o desenvolvimento da profissão e dos cuidados (Peterson & Bredow, 2013).

Apesar de terem um campo disciplinar distinto, os enfermeiros consideram que, também, possuem campos interdependentes com outros profissionais, considerando imprescindível o trabalho de equipa para a sua atuação profissional.

O REPE, além de esclarecer, regulamenta estas duas funções de enfermagem, designando-as por funções autónomas e interdependentes. Abreu (2001) refere, nos estudos das identidades profissionais de enfermagem, para além das vertentes do cuidar ou psicossociais e dos cuidados de reparação, o curar, uma terceira forma identitária, médica de orientação humanista. Estas identidades baseiam-se na representação social por parte dos enfermeiros das funções autónomas e interdependentes que lhes estão atribuídas profissionalmente.

Lopes, A. (2001) refere que a (re)construção das identidades profissionais necessita do reconhecimento do *Outro* e, nesta pesquisa, os enfermeiros, apesar de considerarem que se conseguiu a autonomização da profissão como disciplina própria nos meios académicos e com o reconhecimento entre pares, consideram que ela não o é socialmente, com a não revalorização e reconhecimento profissional nas condições de trabalho e carreira, em consonância com o franco desenvolvimento da profissão.

Após se conhecerem os «espaços do poder reivindicado» referidos em Lopes, A. (2001), procura-se conhecer qual a perceção do «espaço de poder oferecido» nas identidades atribuídas, para se conhecerem os «espaços de identificações mínimas» na procura do reconhecimento do *Outro*.

Alguns dos enfermeiros entrevistados apresentam uma Identidade Atribuída “virtual” ou emprestada de Identificação do *Outro*, que se confunde numa identidade de cultura herdada e numa identidade que é oferecida a estes profissionais, pelas instituições. Com efeito, quando se identificam principalmente com a característica vocacional da profissão, no facto de serem cuidadores da pessoa, quer seja o alvo de cuidados formal como o utente, família e comunidade, quer seja o alvo de cuidados informal como os seus pares, a importância destes profissionais nos contextos de saúde e, também, a perceção do pouco reconhecimento da sociedade, são evidenciadas.

A vocação é uma característica da identidade de alguns enfermeiros entrevistados, em que a identidade reivindicada se funde na identidade atribuída e se aceita como fazendo parte do trajeto profissional, admitindo a assimilação desta característica inata no *Self* e com uma forte identificação aos aspetos relacionais da profissão.

A ideia de vocação, reforçada por alguns elementos entrevistados, reforça o carácter de profissão de ajuda na profissão de Enfermagem, alicerçada nas componentes relacionais da profissionalidade dos enfermeiros, mas por vezes levada ao extremo, ao envolver a gratuitidade e o carácter inato (46i.e), na prestação de cuidados. A ideologia da vocação da profissão foi identificada, de modo predominante, no estudo realizado por Freire (2014), sendo fulcral na relação estabelecida com o utente e no proporcionar de conhecimento clínico estratégico.

A característica da vocação permite perpetuar uma circunstância história e de representação social da Enfermagem pela sociedade, que utiliza, além de outros argumentos, para definir a profissão como “«um trabalho que exige devoção, carinho, compreensão e calor humano»” (Vieira, 2009, p.96), e definida por uma entrevistada que “não seria tanto uma profissão, mas uma vocação” (86i.e),

A forte interligação destes enfermeiros com a componente relacional suscita uma ideia muito particular do cuidar, surgindo não só como alvo de cuidados os utentes, mas também os seus pares, com a perceção da necessidade de suporte a estes profissionais que estão sujeitos a condições de elevada exigência profissional e de condições de trabalho difíceis, perspetivando-se a necessidade e a valorização de apoio e suporte mútuo entre os pares.

As respostas dos enfermeiros perspetivam uma Identidade Atribuída de Identificação com importância da profissão nas instituições de saúde e sociedade, contudo, o reconhecimento social não se coaduna com o relevo que lhe atribuem. Amendoeira (2009) constata, igualmente, este obstáculo à profissionalidade do enfermeiro, ao referir que a profissão “constitui-se atualmente numa área do saber útil à sociedade, utilidade esta traduzida essencialmente pelo desenvolvimento de um conjunto de atividades que são essenciais à vida dessa sociedade, mas ainda não reconhecidas como fazendo parte de um campo autónomo de saber e de intervenção.” (p.3).

A esse propósito, uma enfermeira participante neste estudo argumenta que a pouca visibilidade atribuída pela sociedade aos profissionais de enfermagem se deve ao desconhecimento das funções do enfermeiro pela própria e aos estereótipos veiculados, afirmando que “a sociedade em geral tem uma visão errada daquilo que é o trabalho dos enfermeiros, só quando há uma necessidade real de cuidados de saúde é que *Eles* desmistificam aquilo que é o papel dos enfermeiros” (102i.e.). Esta constatação é reforçada pelo estudo de Cardoso (2012) que alerta para este desconhecimento, com implicações no reconhecimento social que “poderá influenciar negativamente o financiamento da investigação e educação, assim como o investimento na prestação direta de cuidados (com a conseqüente redução das dotações de profissionais, dos recursos materiais e da autonomia no exercício profissional).” (p. 116); este desinvestimento social na profissão tem consideráveis repercussões na saúde/doença das populações, com efeitos socioeconómicos e com implicações identitárias nos enfermeiros.

A Identidade Atribuída Desejada corresponde ao que os enfermeiros desejariam que fosse atribuído a todos os enfermeiros – o *Outro* generalizado – numa profissão que fosse reconhecida como importante para os contextos de saúde e que fosse vista como uma profissão unida.

Os enfermeiros identificam-se com a desejabilidade profissional de uma maior valorização dos enfermeiros pela sociedade, com o anseio de os enfermeiros serem considerados imprescindíveis às organizações de saúde, às comunidades e à sociedade

em geral. Este desejo de atribuição de uma identidade profissional reconhecida é consolidado nesta Identidade Atribuída Desejada, mas já referenciado na Identidade Reivindicada e na Identidade Atribuída de Identificação.

O desejo destes enfermeiros por uma identidade profissional atribuída na união dos profissionais de enfermagem demonstra uma aspiração na construção de um projeto coletivo e profissional comum.

Azevedo (2002) refere que os indivíduos, ao procurarem um projeto comum com uma idealização e um imaginário social partilhado, aumentam a identificação dos membros do grupo. Todavia, o autor clarifica que este projeto comum, apesar de prever uma certa união de grupo, uma identidade coletiva, também, tem que incluir o exercício da autonomia dos sujeitos, considerando a cooperação para entender as diferenças e oposições do *Outro* como conflitos que se transformam em mudanças e inovações. Os participantes desta pesquisa desejavam que lhes fosse atribuída a união da classe, no anseio de um maior reconhecimento da profissão na sociedade, estando estes dois processos interligados num desejo de construção identitária transformadora de processos individuais e coletivos.

A Identidade Desejada não se funde na Identidade Idealizada, enquanto a primeira se refere ao mínimo que deveria ser atribuído ou “oferecido” aos enfermeiros, a segunda corresponde à identidade “virtual”, à identidade que estes enfermeiros poderiam atingir se lhes fossem oferecidos os meios, as oportunidades e o reconhecimento necessário. Assim, na Identidade Idealizada ou identidade “visada”, os enfermeiros idealizam uma profissão assente na transformação, num assumir de responsabilidades, numa organização e liderança.

A transformação pessoal e profissional, também, descrita na Identidade Idealizada destes profissionais, no saber transformar-se, nos cuidados à pessoa em todos os momentos do seu ciclo de vida, é verbalizada na realização do “autoexame, corrigir comportamentos, estar insatisfeito e fazer sempre uma crítica pessoal” (12i.e.). Esta idealização de transformação é associada ao recurso à reflexividade, no desempenho profissional dos enfermeiros, prestando e desenvolvendo cuidados de qualidade. Esta reflexividade, referida por Alarcão (1996), tem segundo Sá-Chaves (2003) uma ação transformadora e um agir responsabilmente no quotidiano dos enfermeiros.

A excelência na organização dos cuidados é idealizada, segundo uma metodologia de trabalho, denotando-se a constatação da necessidade de um investimento na liderança

dos cuidados, com definição de prioridades e no recurso constante a metodologias científicas profissionais e baseadas na evidência científica.

As idealizações anteriores culminam com a do desenvolvimento da liderança nos cuidados, para contribuir para o desenvolvimento dos cuidados e da profissão, numa ação ética, transformadora, baseada na evidência e conseguindo um agir criativo e inovador, que Stanley (2012) e Patrick et al. (2011) definem como características da liderança informal.

Lopes (2002) refere que as mudanças serão tanto mais valorizadas e realizadas quanto mais forem os grupos com interações produtivas e positivas que oferecem o reconhecimento dessas mudanças para de facto elas acontecerem e passarem de “visadas” a “reais”; grupos que nesta pesquisa emergem como os diversos agentes profissionais que constituem o grupo de enfermagem – enfermeiros, enfermeiros especialistas, enfermeiros-chefes e professores de enfermagem.

As Identidades Atribuídas de Diferenciação “real” e a Rejeitada “imaginária” decorrem das reivindicações para *Si*, da Identidade Reivindicada, das interligações das perceções do *Outro*, das Identidades Atribuídas de Identificação e Desejada e nas aspirações, e da Identidade Idealizada. Deste modo, o que consideram fundamental, desejado, real e idealizado conflui para as oposições realizadas e obstáculos percebidos.

Os obstáculos que se colocam a estes profissionais situam-se na identidade atribuída de diferenciação ao *Outro* generalizado, onde se atribuem a outros profissionais enfermeiros a desmotivação com a profissão, a competitividade e a ausência de partilha de conhecimentos e experiências. A Identidade Atribuída de Diferenciação não é aceite por estes enfermeiros e difere pouco das oposições realizadas; estes enfermeiros, na identidade rejeitada, opõem-se e recusam para *Si* vocábulos como desinteressados, que não partilham ou que provocam a desunião.

Porém, segundo Lopes, A. (2001), estas diferenciações e conflitos com o *Outro* atribuído real ou imaginário permitem a mudança. A identidade, segundo Tap (1979), (re)constrói-se na identificação, mas também na identização, o reconhecimento da alteridade do *Outro* real ou imaginário, como referência (identificações) e/ou como conflito (oposições) traduzem-se na descentração e distanciamento em relação ao *Outro* generalizado e no estabelecimento de partilhas com o *Outro* significativo, sendo as experiências do grupo que permitem “querer estar ligado ao outro e querer estar separado do outro” (*ibid.*, p.172).

As reconfigurações identitárias destes enfermeiros ocorrem individual e coletivamente, e as interligações entre as identificações, aspirações e oposições, decorrem do reconhecimento do *Outro* generalizado e do *Outro* significativo, num contexto organizacional institucional e sociopolítico que pode ser condicionante ou promotor de transições identitárias.

### ***Visão dos Cuidados***

A forma como os enfermeiros concebem os cuidados e perspetivam o papel do alvo de cuidados, também, contribui para que se reconheçam aproximações, mais ou menos evidentes, à componente relacional, técnico-científica ou cognitiva e à natureza dos cuidados, tal como à própria visão dos cuidados e do alvo de cuidados, que apesar de serem mais predominantes em determinadas identidades, o que lhes confere a diferenciação tipológica identitária, são transversais a todas e, por isso, com influências reconhecidas e aceites.

Apesar da valorização das competências científicas e cognitivas, na prestação de cuidados, a revalorização profissional pela relação com os utentes (Carapinheiro, 1993; Lopes, N. 2001), também, foi identificada nesta pesquisa, com a presença desta valorização da relação, não só com o alvo de cuidados, mas de uma forma mais abrangente de cuidar, referida em Hesbeen (2006), em que se incluem os pares, permitindo a manifestação e o desenvolvimento da liderança nos cuidados. Embora estes enfermeiros expressem, na Identidade Idealizada, o desejo de um maior reforço das suas competências relacionais, pelo contrário, veem-nas limitadas, pelas exigências de mercado na saúde.

A valorização do carácter relacional nos cuidados, expressa por estes profissionais na Identidade Reivindicada, revela, quer uma visão mais paternalista do cuidar em remanescência, quer uma visão mais predominantemente centrada no respeito pelas decisões do utente, vindo ao encontro do estatuto percebido da(s) pessoa(s) cuidada(s) com a necessidade de uma visão holística, com o enfoque dos cuidados na pessoa em processos de transição e com a atribuição de poder de decisão. Estas relações profissionais situam-se numa proximidade *versus* distanciamento, verificada neste estudo e, também, referida em Ordaz (2011).

Os enfermeiros participantes reivindicam a coexistência das intervenções autónomas e interdependentes, com a ênfase nas intervenções autónomas dos enfermeiros, com tomadas de decisão na formulação de diagnósticos, implementação de

intervenções e as suas avaliações. Apesar disso, estes enfermeiros referem que não descaram as intervenções interdependentes com uma atitude crítica e participativa.

A propósito, a OE (2001) contempla as intervenções de enfermagem em interdependentes e autónomas. Abreu (2001) refere que os enfermeiros desenvolvem competências que se relacionam “com cuidados de manutenção da vida e cuidados de reparação; (...) cuidados de enfermagem, destinam-se a promover o bem-estar do indivíduo, ajudá-lo a manter um estado de equilíbrio com o meio ou, na impossibilidade de isto acontecer, ter uma morte serena” (p.47).

Os enfermeiros entrevistados dividem-se na concetualização de prestação de cuidados ao nível de perito e ao nível da polivalência, na Identidade Reivindicada. A maioria posiciona-se na perspetiva de cuidados prestados por peritos; a prática de cuidados prestados por um enfermeiro perito enquadra-se na perícia referida em Benner (2001), em que se alia a prática (experiência) aos conhecimentos científicos (teoria), com a ideia de especialização, no domínio dos cuidados prestados e que, através de um conhecimento intuitivo, se consegue aceder a níveis elevados de complexidade nos cuidados, principalmente, face à imprevisibilidade dos mesmos e condições de trabalho difíceis.

Os enfermeiros referiram-se à perícia clínica ou como refere Nunes (2010), no domínio clínico, na prestação direta de cuidados; o enfermeiro perito clínico é referido pelos elementos da equipa como referência ou “reconhecimento de saberes e capacidades do *Outro*” (p. 9), tornando-se um líder clínico, ao “utilizar o seu conhecimento e sabedoria prática para ensinar outros e influenciar os colegas a agir em benefício dos clientes” (p.5). No enquadramento das competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas, consegue-se visualizar uma maior possibilidade para exercer a perícia e a liderança clínica.

Nas competências dos enfermeiros de cuidados gerais, consegue-se uma aproximação ao conceito de polivalência, verbalizado por alguns participantes, sendo necessária uma abrangência e capacidades para atuar, em diferentes contextos de atuação profissional, o que é, segundo estes participantes, reforçado pelos constrangimentos económicos, na saúde e na sociedade.

Na Identidade Atribuída de Identificação, refere-se à versatilidade no cuidar e a capacidade de intervir em todas as situações, que surgem em diversos contextos de saúde; esta característica corresponde, em parte, à perceção de cuidados polivalentes, no enfermeiro de cuidados gerais, da Identidade de Enfermeiros Reivindicada. Todavia, na

identidade Atribuída de Identificação verbaliza-se, ainda, a necessidade de referências profissionais para colmatar as dificuldades de um trabalho abrangente; essas referências são os seus pares, com reconhecidas experiências baseadas na evidência científica, com a aproximação ao modelo de perícia clínica de Benner (2001).

Por conseguinte, os enfermeiros idealizam ser promotores de cuidados, aspirando a ser referências para os seus pares. Esta idealização vem reforçar a expressão, por parte destes enfermeiros, da importância para *Si* de um *Outro* significativo perito e a ânsia de participar no desenvolvimento dos pares e no aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros, que reivindicam a polivalência da natureza dos cuidados, desejam que a sociedade reconheça essa polivalência nos cuidados e a capacidade de intervir em múltiplos contextos na Identidade Atribuída Desejada, correspondendo à exigência do mercado da saúde e ao défice de recursos humanos.

No entanto, apesar de alguns enfermeiros reivindicarem e desejarem que lhes seja atribuída a polivalência, eles não idealizam esta faceta, eles defendem a Identidade Atribuída Desejada de cuidados ao nível de peritos. Os enfermeiros aspiram a ter a oportunidade de permanecerem mais tempo numa área e com uma determinada população, para conseguir o nível de aperfeiçoamento de perito, referido em Benner (2001). Os enfermeiros reconhecem que, se tivessem as condições e oportunidades, poderiam desenvolver os cuidados prestados e atingir este nível de competência, que, segundo a autora, se consegue com a experiência e a reflexividade para o desenvolvimento do conhecimento intuitivo.

Na Identidade Atribuída Desejada, os enfermeiros anseiam ser reconhecidos pelo seu papel de elo de ligação do utente à restante equipa multidisciplinar. Segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, os cuidados de enfermagem deste profissional retratam um elo de ligação entre o alvo de cuidados, os outros profissionais e os recursos da comunidade, para garantir o acesso equitativo dos cuidados (OE, 2010a). Esta necessidade de percecionar os cuidados como elo de ligação foi referida, quer por enfermeiros prestadores de cuidados primários, quer por enfermeiros prestadores de cuidados diferenciados, desejando estes dois grupos de enfermeiros este papel na sociedade e na equipa de saúde, ao ter em conta na prestação de serviços de saúde pela equipa e pela gestão dos cuidados prestados por parte dos enfermeiros.

Este desejo de cuidados baseados na necessidade de elo de ligação é reforçado na referência na Identidade Idealizada. O enfermeiro como elo de ligação apresenta similaridades com o gestor de caso, em que o enfermeiro faz a gestão dos diversos intervenientes e recursos com centralidade da pessoa ou família, tal como o gestor de caso a que se refere Lopes (2012), que realiza a prestação direta dos cuidados, ao “prestar cuidados com” ao invés de “prestar cuidados a” (p. 178) e na intervenção indireta ao supervisionar “a continuidade da prestação holística de cuidados com estas pessoas, a qualidade da comunicação e a colaboração ativa que este estabelece com os outros técnicos e familiares ao ponto de criar todo um sistema terapêutico individualizado” (*ibid.* p. 186).

Os enfermeiros, também, idealizam os cuidados assentes na gestão do projeto de saúde, nas transições planeadas e não planeadas, em que os cuidados visam “a educação para comportamentos saudáveis, a promoção do autocuidado ou do cuidado aos familiares, a adesão e gestão de regimes terapêuticos ou a procura do sentido da vida.” (Vieira, 2009, p. 84).

Os enfermeiros, considerando a atenção aos processos de vida e doença da pessoa e a envolvência da pessoa no seu projeto de saúde, tendem a oferecer cuidados significativos para a pessoa como idealizado por uma enfermeira “(...) entrar rapidamente no coração deles (...)” (10i.e.). Hesbeen (2006) refere que os cuidados individualizados devem seguir para uma prática de cuidados bem mais completa e exigente, a dos cuidados personalizados, em que além dos conhecimentos científicos e técnicos se acrescenta a “*humanidade*”, dando uma atenção específica e particular a cada pessoa.

A Natureza dos Cuidados, concebida segundo estas conceções, insere-se nas referidas conceções inovadoras dos cuidados, com transformação das práticas, como referido na identidade de negociação ou de autonomização profissional, que está diretamente ligada com o estatuto percecionado do alvo de cuidados.

### ***Visão do Alvo de Cuidados***

Na Identidade Reivindicada, os enfermeiros visualizam o alvo de cuidados como envolto em processos de transição. Os indivíduos estão sujeitos a diversas mudanças, ao longo das suas vidas, que implicam um processo de ajustamento e adaptações que Meleis (2010) designa de transições, que podem ser de saúde/doença, desenvolvimental, situacional e organizacional. As pessoas, nestes processos de transição, recorrem a mecanismos internos e externos, individuais, sociais e contextuais, por isso, com

necessidades diferentes. Segundo esta autora, é nestes diferentes processos e nas diferentes necessidades das pessoas que os enfermeiros podem influenciar a qualidade das transições.

Na Identidade Idealizada, reconhece-se que o alvo de cuidados apresenta diferentes necessidades, nas quais os enfermeiros aspiram fazer a diferença, seja para as pessoas, a família, a comunidade ou a sociedade.

Na Identidade Reivindicada, verificou-se a existência de conceitos que requerem a implicação do alvo de cuidados, mas que não foi verbalizada nesta Identidade Reivindicada do estatuto da pessoa ou pessoas cuidadas. No entanto, já não de uma forma implícita, mas explicitamente, é reforçado o conceito do alvo de cuidados com poder de decisão, nas Identidades Atribuída de Identificação, na Atribuída Desejada e na Idealizada. Assim, implicitamente, reconhece-se o alvo de cuidados com poder de decisão e espera-se que a sociedade reveja que os enfermeiros situam o estatuto da pessoa com poder de decisão nas tomadas de decisão acerca da sua saúde/doença e até se idealiza que todos os enfermeiros preconizem e apliquem na sua prática esta perspetiva decisória do utente.

Esta perspetiva distancia-se do modelo paternalista do cuidar, de acordo com Veiga (2011), o conceito de autonomia pessoal nos cuidados de enfermagem nem sempre se verifica na prática, devido às condicionantes organizacionais e formativas, mas o facto de se ter opinião acerca deste conceito aumenta a possibilidade de o enfermeiro o considerar na sua prática.

As componentes éticas foram reveladas, implicitamente, ao longo das diversas posições assumidas nas identidades abordadas, porém é na Identidade Idealizada que esta competência merece destaque, ao visualizar o alvo de cuidados, tendo em conta a sua dignidade humana. Assim, os enfermeiros consideram as componentes éticas na perceção do estatuto do alvo de cuidados, quando referem que em situações de vulnerabilidade da pessoa se deve preservar a dignidade humana.

Como se pode constatar, a Visão da Profissão permite reconhecer as diversas identidades profissionais mais evidentes nos enfermeiros desta pesquisa, as Competências Relacionais, Científicas, Técnicas, Cognitivas, Éticas, tais como a conceção do Estatuto do Alvo de Cuidados, permitem realizar as identificações e identizações que conferem, quer as diferenciações das diversas tipologias, quer os diversos intervenientes no processo de influência profissional, quer os processos possíveis de intervenção para aumentar o empenho, a motivação e a identificação com a profissão, através da liderança profissional.

### 1.3. Identidades de liderança nos Enfermeiros

As lideranças tornam-se significativamente presentes e evidentes na equipa de enfermagem, ao ser considerada um grupo de assimilação, senão o grupo de assimilação, pois os enfermeiros possuem uma forte identificação com a sua equipa, ao partilharem as suas Visões da Profissão, dos Cuidados e do Alvo de Cuidados, tal como as Características de Equipa.

A Identidade Reivindicada de Equipa apenas apresenta identificações, tal como na Identidade Reivindicada de Enfermagem, referida anteriormente, e a Identidade Atribuída de Equipa ramifica-se em Identidade Atribuída de Identificação e em Identidade Atribuída de Diferenciação, com predomínio da primeira, fortalecendo a ideia de equipa como grupo de assimilação.

Na Identidade Reivindicada de Equipa surge a reivindicação de uma profissão que se distingue pela inovação de projetos e no desenvolvimento dos cuidados, baseada numa motivação assente na realização profissional, e que exige envolvimento, não só nos cuidados e com o alvo de cuidados, mas também com os objetivos e projetos delineados pelo grupo. O envolvimento, também, surge como uma estratégia de proteção e apoio entre os elementos da equipa que se reveem numa profissão com elevado desgaste psicológico, na Identidade Atribuída de Identificação. Este envolvimento, apoio e suporte dos enfermeiros pelos pares da equipa, já referidos na Identidade Reivindicada de Enfermagem Vocacional ou Relacional, são, novamente, citados e reforçados nesta categoria, merecendo destaque nas influências profissionais, na dimensão relacional para os cuidados, mas também para o grupo.

Com efeito, os cuidados da equipa de enfermagem estruturam-se na procura de evidência científica e na formação para prestar melhores cuidados, na Identidade Reivindicada e Atribuída de Identificação de Equipa, o que se opõe à estagnação da Identidade Atribuída de Diferenciação. O interesse na qualidade de cuidados, que se consegue com a partilha de saberes e experiências, está novamente presente na natureza dos cuidados, na Identidade Reivindicada, tal como a necessidade de existência de uma equipa que se cuida, enquanto grupo. Esta categoria vem fortalecer a importância atribuída ao desenvolvimento de competências científicas ou cognitivas, já mencionadas na Identidade Reivindicada de Enfermagem na Identidade de Profissionalização, e

acrescentar a responsabilidade de cada enfermeiro na sua formação e na formação do *Outro* enfermeiro, inserido numa equipa ou grupo.

Por conseguinte, na Identidade Reivindicada de Equipa está presente a importância da influência de peritos que se desenvolvem a *Si* e aos seus pares, com um paralelismo aos promotores de cuidados na Identidade Atribuída de Identificação, também, reconhecendo a relevância dos líderes clínicos, no desenvolvimento da equipa. A figura de líder clínico, referida em Stanley (2012), identifica-se nesta aproximação ao *Outro*, numa relação de equipa, encontrando-se envolvido na prestação direta dos cuidados, ao transformar-se e capacitando *Outros* nessa transformação, conseguindo mudanças e inovações, nas práticas e nas identidades profissionais.

Na Identidade Atribuída de Diferenciação de Equipa rejeitam-se as identidades que assentam no Modelo Biomédico e atribui-se uma Identidade Atribuída de Identificação, baseada em cuidados personalizados e na resolução de problemas, conseguindo com estas oposições e identificações reconhecer as transições na identidade profissional destes enfermeiros. As transições identitárias permitem que estes enfermeiros reivindiquem uma identidade em que os cuidados sejam significativos para a pessoa e que possuam uma visão holística, próximas de uma Identidade Reivindicada de Enfermagem de Negociação ou autonomização.

Ao se reconhecerem as identificações e diferenciações das Identidades Reivindicada e Atribuída de Equipa, tal reconhecimento permitiu realizar um reforço nas competências que se destacaram, anteriormente, no processo de influência nestes profissionais – competências relacionais, éticas, científicas, técnicas e cognitivas. Apesar disso, evidencia-se uma peculiaridade neste processo que, até ao momento, se encontrava de forma dispersa e que ao conhecer a Identidade Reivindicada e Atribuída a Equipa emerge como categoria – as Características de Equipa –, o que vem acrescentar mais uma componente importante na caracterização das lideranças em enfermagem, transversal às identidades profissionais identificadas, com valores atribuídos de forma diversificada.

Nas Características de Equipa, dois conceitos aparentemente opostos repetem-se, na Identidade Reivindicada e na Identidade Atribuída de Identificação de Equipa, são eles a coesão e a diversidade. A coesão é valorizada com o reconhecimento de regras explícitas e implícitas dentro das equipas que concorrem para suporte e apoio, mas também visualizada como estratégia de desenvolvimento profissional, que reforça a forte identificação com a equipa de enfermagem. A diferenciação positiva consegue-se, com a consideração da diversidade em simultâneo com a coesão, respeitando as diferenças dos

seus elementos e fazendo uso dessas diferenças de funções, competências, conhecimentos e experiências, para aumentar a qualidade de cuidados e a identificação positiva profissional, permitindo trabalhar em função dos diferentes interesses e potencialidades dos enfermeiros que fazem parte de uma equipa. Alguns enfermeiros chegam a alargar este conceito de equipa a uma equipa interprofissional, com a inclusão de outros profissionais neste processo.

Portanto, denotam-se quer a identização, quer a identificação referida em Tap (1979) ou a diferenciação e a identificação, referidas em Dubar (1997), na equipa de enfermagem, sendo possível realizar um maior empenho no desenvolvimento profissional e uma maior identificação com a profissão, tal como a diferenciação/identização permite uma descentração de *Si* com o reconhecimento da importância do *Outro* como elemento da equipa de enfermagem e com conhecimentos e visões diferentes, que permitem mudanças ou inovações nos cuidados e transições identitárias.

Verifica-se, pelo discurso dos entrevistados, que a equipa de enfermagem é constituída por elementos diferentes em que uns contribuem para o desenvolvimento da equipa na Identidade Atribuída de Identificação e de Diferenciação e outros favorecem a distanciação na Identidade Atribuída de Diferenciação, nomeadamente em equipas de grandes dimensões e interprofissionais. Contextos diferentes, áreas de atuação e dimensões da equipa podem ter indícios de proximidade, apoio e partilhas distintos, nos quais se inserem as influências de lideranças clínicas facilitadas ou inibidas por estes processos.

Os enfermeiros entrevistados admitem a coexistência na equipa seja de líderes formais (enfermeiros-chefes) como de líderes informais ou líderes clínicos de enfermagem.

De facto, as competências identificadas nestes líderes são o reconhecimento como referências profissionais com características de influência ao nível da liderança. Neste processo de influência na equipa, distingue-se não só o líder formal, mas essencialmente o líder informal, sendo o líder, alguém que se deseja seguir. Após a análise e discussão dos discursos dos entrevistados, considera-se que o líder informal está numa posição mais privilegiada para exercer essa influência no desenvolvimento profissional dos seus pares e na qualidade dos cuidados prestados, principalmente em situações de maior complexidade, porque se encontra mais diretamente ligado e com maior proximidade aos restantes elementos da equipa. Estes líderes informais assumem o papel de líderes, mas

também de liderados conforme as situações, verificando-se a existência de mais do que um líder informal no seio das equipas e que se desenvolvem em conjunto.

As capacidades relacionais, de comunicação e de gestão de conflitos estão associadas aos líderes da equipa e é nas situações de conflitos que se identificam os líderes da equipa. Os líderes são caracterizados com o nível de perícia nos cuidados, referido em Benner (2001); estes ao partilharem estas competências, reconhecidas pelos seus pares, contribuem para o desenvolvimento profissional de outros elementos ou como consultores, ou como orientadores, em situações de instabilidade.

Dos líderes, sejam os formais ou informais, espera-se que unifiquem o grupo, influenciem para objetivos delineados em conjunto, para o desenvolvimento profissional e, naturalmente, para a motivação dos elementos da equipa.

As lideranças, face ao exposto, têm sido reforçadas pela presença do líder clínico informal que atua na prestação direta dos cuidados, com identificações e diferenciações positivas importantes para a construção da profissionalidade destes enfermeiros, que devem ser fomentadas e desenvolvidas pelos pares, pelos enfermeiros-chefes e pelos professores de enfermagem. No entanto, reconhece-se que, quando se realizam valorizações e identificações a determinadas competências, natureza dos cuidados e visão do alvo de cuidados, surgem outras influências que podem ser reconhecidas como lideranças formais sejam elas os enfermeiros-chefes e professores de enfermagem ou situando-as na esfera das influências profissionais apenas, como ocorre com os outros profissionais de saúde.

#### 1.4. Identidades de liderança nos Enfermeiros-Chefes

O primeiro grupo de assimilação encontrado foi a equipa, que integra predominantemente os enfermeiros líderes clínicos, que são peritos e líderes informais, seguida pela que inclui apenas os enfermeiros-chefes, o segundo grupo de assimilação, com uma ligeira diferenciação.

Os enfermeiros-chefes são caracterizados, não só nesta dimensão analítica exclusiva, como também na dimensão anterior, onde os enfermeiros-chefes considerados líderes possuem as características e competências do líder informal, mas com um poder ou

autoridade acrescida que, segundo os entrevistados, pode ser uma vantagem ou uma desvantagem, conforme os seus usos e formas de relacionamentos.

Os enfermeiros diferenciam-se dos enfermeiros-chefes que apresentam nas suas relações profissionais a distância e por vezes o autoritarismo, que em nada vem acrescentar valor para a equipa. Estes comportamentos são, por vezes, justificados pelos enfermeiros como consequência das nomeações para este cargo o que proporciona a vulnerabilidade nas pressões economicistas sobre o superior hierárquico dos enfermeiros, revelando, por isso, comportamentos consonantes com estas pressões, não o tornando líder dos enfermeiros, mas mero gestor da instituição.

Efetivamente, alguns enfermeiros chegam a referir que o cargo de enfermeiro-chefe tem uma categoria profissional com funções diferentes do enfermeiro, estando apenas cingido à gestão, acrescentando que os enfermeiros-chefes desconhecem, verdadeiramente, a prática dos cuidados, daí serem percecionados como obstáculos ao desenvolvimento dos enfermeiros.

Como Marquis e Huston (1999) referem, os aspetos administrativos sempre foram valorizados nas funções do enfermeiro-chefe, para que possa controlar através do poder; os enfermeiros entrevistados relacionam o uso desse controlo e poder, por estes superiores, como resposta a pressões economicistas e pelo facto de não existir, atualmente, uma carreira dotada de procedimento concursal para os enfermeiros-chefes, acedendo à categoria por nomeação, fragilizando as relações com a organização e os outros profissionais. Esta situação diminui a autoridade do enfermeiro-chefe perante os outros atores profissionais, tal como verificado por Maciel (2011).

Segundo os entrevistados, o facto de poder ser reconhecido um cargo formal ao enfermeiro-chefe, permitir-lhe-ia agir de forma mais independente, no exercício profissional, como líder dos enfermeiros, perante outras profissões e pressões, e poderia recorrer à sua capacidade de negociação para defender os cuidados, os enfermeiros e a profissão. No entanto, apesar de se reconhecer a necessidade de uma categoria profissional, os enfermeiros-chefes têm que ser considerados líderes pelos seus seguidores, não podendo incorrer numa imposição deste reconhecimento. A liderança é reconhecida, quando o enfermeiro-chefe, na sua atuação profissional, conseguir ser referência para o grupo – a equipa, que influencia no seu desenvolvimento e na prossecução de objetivos comuns, mantendo-se esta influência mesmo na ausência do líder.

Neste sentido, com a nomeação ou com a categoria profissional de enfermeiro-chefe, os enfermeiros reconhecem, no momento, o caráter de gestor a este profissional, porém para conseguir ser percebido como líder, necessita do reconhecimento do grupo, para a prossecução de objetivos comuns, numa liderança partilhada entre líder e liderado, como se refere em (Tappen, 2005).

Os enfermeiros identificam-se com os enfermeiros-chefes que cuidam da sua equipa, que se consideram pares, que acrescentam à função de enfermeiro especializado, o apoio e o suporte da equipa, auxiliando-os na superação das dificuldades, e que promovem o desenvolvimento não só profissional como pessoal. Os enfermeiros-chefes, para serem considerados líderes, acrescentam as suas competências relacionais às competências técnico-científicas, situando-se ao nível de perito. O facto de ser reconhecido como perito pelos seus pares, aliado às competências relacionais com a equipa, permite desenvolver a competência de liderança e, então, ser reconhecido como líder pelos seus pares.

Os enfermeiros-chefes líderes apresentam determinadas competências que permitem esse reconhecimento; desde a função de apoio e suporte à equipa (com sentido de equipa), promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos seus liderados (aperfeiçoamento), a apresentarem competências relacionais de proximidade; referem-se, ainda, competências técnico-científicas ao nível de perito o que permite que, através da sua liderança, se desenvolva a equipa e os seus profissionais.

Certamente que, os enfermeiros-chefes, agindo como líderes, são reconhecidos como potencializadores do desenvolvimento dos enfermeiros, motivando-os para melhorarem os seus cuidados e participando e/ou incentivando à formação dos pares. Assim, outra situação considerada importante neste processo de liderança é, por exemplo, o estabelecimento de objetivos partilhados, como a promoção da motivação, da formação e do desenvolvimento do profissional enfermeiro e conseqüentemente das suas práticas.

Segundo Arvidsson et al. (2001), este papel de potenciador de desenvolvimento pode ser conseguido através da supervisão clínica, que tenderá, também, a aumentar o sentido de pertença e envolvimento com a profissão, com implicações identitárias profissionais. Garrido et al. (2008) esclarecem que, na supervisão clínica, o supervisor deve deter não só conhecimentos, como experiências e valores, para melhorarem práticas, com promoção da inovação na prática, baseada não só em experiências como em evidências científicas, transformando liderados em líderes e inovadores de cuidados.

O facto de os enfermeiros participantes referirem que uma das competências que os enfermeiros-chefes deveriam possuir seria a “mestria” nos cuidados de enfermagem, conseguida ao nível de perito, o que necessitaria de um envolvimento destes líderes na prática de cuidados diretos para possibilitar o reconhecimento das dificuldades e das potencialidades de desenvolvimento e mudança, quer dos cuidados, quer dos profissionais, conseguindo elevar a qualidade dos cuidados prestados pela equipa.

O líder em enfermagem necessita, antes de mais, de ser referência para os seus pares. Os enfermeiros entrevistados não conseguem distanciar o papel de líder formal do papel de líder informal, ansiando por uma aproximação, trabalhando lado a lado com o líder e reconhecendo-lhe a perícia clínica, realizando uma certa fusão entre o líder formal e informal, evidenciando a importância da parceria destes líderes. Ao enfermeiro-chefe líder são reconhecidas competências técnico-científico-profissionais de perito que necessitam de estar presentes nas relações de desenvolvimento profissional com os seus liderados, com o contacto direto com os liderados e com as suas práticas.

Os enfermeiros reclamam um líder que seja capaz de participar no seu desenvolvimento, estando a par das fragilidades e das potencialidades de cada um e que fomente a união dos elementos da equipa, assumindo a mediação de conflitos.

Novamente, o sentido de equipa está presente no reconhecimento do líder formal, ao se considerar que se deverão fomentar, além do desenvolvimento profissional e motivação, também, a união e intervenção na gestão de conflitos, considerados os conflitos por pesquisadores nacionais como Alves (1992), Neves (1996) e Rojão (2000) como inerentes à prática profissional de equipas de saúde, onde o papel do líder se destaca na sua mediação.

Apesar de os enfermeiros participantes considerarem que a exclusividade na gestão concedida ao enfermeiro-chefe seja um fator de distanciação e o não reconhecimento do papel de líder pelos enfermeiros, estes consideram que um líder, também, tem as funções de gestão dos recursos humanos e a gestão logística e de materiais. Não sendo a função de gestor um dos fatores de distanciamento destes enfermeiros, quando exercido em simultâneo com a função de líder, o que de facto distancia estes atores é a exclusividade da função de gestor.

O líder formal, na figura do enfermeiro-chefe, ao desenvolver as potencialidades dos seus liderados, partilhando a liderança, aumentando a qualidade de cuidados, também, através de mudanças e inovações, sendo considerado referência, tem a

capacidade de, pela sua liderança, influenciar os pensamentos e ações das pessoas, tal como referem Downey et al. (2011).

Ao proporcionar desenvolvimento e exercer liderança transformacional, fomentando e partilhando lideranças, criando parcerias com os seus liderados, o enfermeiro-chefe líder consegue transformar liderados em líderes informais (Tappen, 2015).

Nesta perspetiva, os enfermeiros-chefes não só exercem liderança, como fomentam e apoiam a liderança clínica nos seus liderados para que, em conjunto, criem sinergias para o aperfeiçoamento, a prestação de melhores cuidados, significativos para o alvo de cuidados e também para os profissionais, promovendo a identificação com a profissão, conseguindo, desta forma implicada de todos os agentes da equipa, os ganhos de saúde à pessoa, ganhos ao nível organizacional e profissional.

## 1.5. Identidades de liderança nos Professores de Enfermagem

As identificações e as identizações estabelecidas pelos enfermeiros ao grupo dos professores de enfermagem permitem detetar o tipo de lideranças exercidas por estes atores, tal como os obstáculos interpostos pelos enfermeiros, seus interlocutores e considerados como o terceiro grupo de assimilação.

Segundo Pedro (2011) e Figueiredo (2013), as Escolas Superiores de Enfermagem modificaram-se, com base na adoção de novos paradigmas de aprendizagem, desde modelos transitórios de ensino a modelos mais inovadores socioconstrutivistas que desencadearam transformações identitárias nos professores de enfermagem, assim como nas suas formas de ensino e nos relacionamentos interpessoais. Estas transformações no ensino e nos professores de enfermagem desencadearam mudanças, na forma como os enfermeiros consideravam o papel dos professores na formação da sua identidade, identificando-os como líderes ou distanciando-se destes agentes formativos.

A identificação com os professores de enfermagem está fragilizada, pelas representações sociais que os enfermeiros têm acerca da profissão de professor de enfermagem, centrando as suas diferenciações em dois pressupostos: o

desconhecimento/distanciamento dos professores dos contextos de saúde e o facto de serem profissões com campos distintos de atuação.

Pelo discurso dos entrevistados, a identificação com estes profissionais passaria por estes contactarem mais com os contextos de saúde e com os enfermeiros, e não esquecendo a passagem a um modelo de ensino próximo de outros profissionais de saúde, como os médicos. Pedro (2011), num estudo realizado com professores de enfermagem, refere que, enquanto uns entrevistados perspetivam uma relação de complementaridade entre professor-enfermeiro, outros defendem, até, uma simultaneidade entre estes dois papéis, numa parceria com a prática de cuidados. Todavia, a aproximação ao modelo de Bolonha e a conceção de autonomia do estudante, distanciam os professores da sua atuação direta, nos contextos práticos de cuidados. Segundo Serra (2011), os professores no contexto de Bolonha tornam-se mediadores entre o modelo institucional da escola e o do contexto de trabalho, considerando as dificuldades dos estudantes na integração nos contextos clínicos, ao depararem-se com o que Amendoeira (2009) menciona de distanciamento entre a Enfermagem dos que “pensam Enfermagem” e dos que “fazem Enfermagem”. Estas relações com estas diferentes “conceções de Enfermagem” não apresentam consenso entre os enfermeiros, a maioria dos que foram entrevistados posicionou-se na diferenciação em relação aos professores de enfermagem, pelo seu distanciamento com os contextos da prática de cuidados, chegando a ser referido por uma enfermeira a vantagem dos estudantes serem acompanhados nos ensinamentos clínicos por aqueles que percebem mais da “Enfermagem prática”; outros referem a desvantagem de não terem a presença dos professores nos contextos práticos de cuidados, o que proporcionaria desenvolvimento em todos os intervenientes no processo ensino-aprendizagem, nos serviços e na profissão.

Em alguns discursos, torna-se evidente que o problema da separação entre a teoria e a prática não está resolvido, visualizando-se identidades apoiadas nas “teorias teóricas” atribuídas aos professores e identidades sustentadas nas “práticas teóricas”, reivindicadas pelos enfermeiros. Alguns enfermeiros referem que são o resultado do distanciamento entre a Enfermagem Teórica e a Enfermagem Prática, mas algumas das justificações partem do facto de encararem os professores como aqueles que ministram um ensino aplicacionista, o que os induziu a pensar, enquanto alunos, que essa deveria ser a sua profissionalidade.

Os discursos de diferenciação, na categoria da Visão da Profissão de Professores de enfermagem, tanto apontam para uma valorização, como para uma desvalorização deste

grupo profissional, constatando-se, por parte dos enfermeiros, ora uma diferenciação negativa, ora uma diferenciação positiva com os professores.

Na categoria da Visão da Profissão de Professor de Enfermagem, mas na dimensão de Identificação, verifica-se a aproximação a estes agentes formativos, por os considerarem modelos, referências e como complementaridade.

Os enfermeiros, que concebem a formação numa lógica tradicional de aprendizagem, enquadram-se numa atitude mais passiva e recetora de conhecimentos e saberes, em que o papel dos professores de enfermagem é o de modelo. Esta conceção de professor, como o único detentor de saberes, verdadeiramente, importantes, traz consequências para a sua identidade profissional, com formas passivas de ser e de estar, que se aproximam da identidade relacional/vocacional, identificada neste estudo. Apesar de estas influências dos professores serem caracterizadas de uma forma tradicional, elas abrem espaços e oportunidades para que os professores, nas suas interações com estes enfermeiros, exerçam verdadeiras influências de liderança, como promotores de uma identidade mais autónoma e participativa, que segundo alguns enfermeiros, também, deve ser continuada, através das lideranças informais de seus pares.

Os enfermeiros que se referem aos professores como referências concebem essa característica com sentido crítico, com a visão de professor como orientador do desenvolvimento de um percurso, principalmente na transição para o mundo do trabalho, identificando-se positivamente com estes agentes educativos. Os professores, nesta conceção de referência ou como define Mestrinho (2011), professor educador, orientador ou pedagogo, insere-se numa mudança das relações entre todos os intervenientes no processo formativo sejam eles pares, enfermeiros ou estudantes, exigindo um trabalho colaborativo, de organização inovadora e com novas estratégias de ensino, atribuindo ao formando um papel mais autónomo, interventivo, responsável pelas suas aprendizagens e de construção partilhada de conhecimentos (*ibid.*).

Estes cuidadores, também, referem que se identificam com os professores porque os consideram complementares, que eles possuem um conhecimento “teórico” e os enfermeiros um conhecimento “prático” e que, posto isto, as duas profissões se complementam, evidenciando não uma identificação com estes profissionais, mas uma diferenciação positiva. Esta diferenciação positiva com a profissão de professor de enfermagem resulta da já referida dificuldade em articular a teoria com a prática, na profissão de Enfermagem, e a visualização do professor como “mestre” de conhecimentos teóricos.

As formas tradicionais de ensino e as relações adjacentes foram referenciadas como fontes de oposição aos professores, e as formas mais inovadoras foram alvo de identificações e identizações positivas, relativamente a este grupo profissional. As formas de aprendizagem, sustentadas num paradigma socioconstrutivista, permitem que os professores exerçam lideranças formais e informais, no desenvolvimento do sentido crítico e reflexivo dos enfermeiros, alterando a própria identidade profissional dos mesmos, numa identidade mais integrativa, autónoma e participativa, desenvolvendo as suas competências de liderança.

O Modelo Socioconstrutivista valoriza as expectativas, os conhecimentos e as experiências dos formandos, com formas de aprendizagem pró-ativas, sendo o papel do professor o de orientador dos processos de aprendizagem novos ou de reorganização de aprendizagens anteriores, aliciando o estudante no seu desenvolvimento e atribuindo significado às suas aprendizagens (Peters, 2000). Neste modelo, os professores passam de um papel controlador para o de facilitador da aprendizagem, valorizando o pensamento crítico e a autonomia com a aprendizagem autodirigida (Sousa et al., 2014). O ensino de Enfermagem, assente no Modelo Socioconstrutivista, permite que o professor oriente o desenvolvimento da autonomia e do pensamento crítico-reflexivo, preparando os enfermeiros para serem agentes transformadores das práticas – líderes informais. Assim, a identificação com os professores efetua-se, através das valorizações atribuídas às suas competências e papéis de professor, ligadas ao Modelo Socioconstrutivista da formação, considerando-o como orientador, referência, líder e promotor de liderança nos enfermeiros.

As novas formas de articulação dos contextos de aprendizagem com os contextos práticos de cuidados, em comunidades de “referência”, foram referidas pelos entrevistados e permitem, para além de um desenvolvimento profissional e disciplinar conjunto, a possibilidade dos professores exercerem liderança, serem referências, nestes espaços e momentos de forma informal, articulando os seus conhecimentos e saberes com os dos enfermeiros, desenvolvendo-se e desenvolvendo, permitindo aos enfermeiros aliar a perícia clínica à liderança nos cuidados e, assim, conseguir exercer liderança informal dos seus pares enfermeiros.

Deste modo, as próprias identidades profissionais em transição – dos professores e dos enfermeiros – permitem que haja uma interligação mais complementar, nuns casos para reconfigurações identitárias mais renovadoras e uma interligação de sinergias mais inovadoras nas reconfigurações identitárias mais revolucionárias e participativas.

Permite-se, desta maneira, que as lideranças tenham um papel essencial no desenvolvimento dos conhecimentos, saberes e práticas destes atores e no desenvolvimento disciplinar através da parceria entre estes dois grupos profissionais da enfermagem.

Nesta pesquisa, foi possível reconhecer algumas das lideranças formais e informais, identificadas no estudo de Adelman-Mullallt et al. (2013), quer como agentes de mudança e desenvolvimento de capacidades de liderança na formação dos enfermeiros, quer pelas parcerias entre professores e enfermeiros peritos, as quais se confirmam como possíveis e desejadas pelos enfermeiros entrevistados.

As formas de liderança que os professores de enfermagem exercem, e em alguns casos exerceram, nos enfermeiros durante a formação, foram praticadas em situações como: ao expressarem o seu pensamento crítico e reflexivo nas diversas situações; ao propiciar climas de formação baseados em relacionamentos de proximidade, de confiança e simultaneamente de autonomia, no pensamento e na ação nos estudantes – futuros enfermeiros; ao fornecer ao estudante uma visão mais abrangente dos cuidados e do alvo de cuidados (liderança dos cuidados); e numa transformação dos próprios contextos e atores (liderança informal entre pares).

Os enfermeiros reconhecem que a liderança está presente em alguns professores, ansiando a articulação entre estes atores e as comunidades de “referência”, em climas colaborativos e participativos, climas considerados essenciais por Bettancourt et al. (2011) para interações transformadoras. O desejo de uma maior articulação entre professores e enfermeiros, também, é sentido pelos professores, em Gonçalves (2013), com a idealização da criação de “centros de inovação e desenvolvimento” constituídos por estes intervenientes e envolvendo os enfermeiros e as práticas nos projetos de investigação.

Sousa e Lopes (2014) referem que as “comunidades de aprendizagem” são espaços importantes de reconfigurações identitárias e de desenvolvimento profissional, permitindo a partilha e reflexão em conjunto com todos os atores intervenientes – alvo de cuidados, pares, outros profissionais (como por exemplo: professores de enfermagem) e estudantes.

Na perspetiva de uma comunidade de “referência” idealizada e desejada pelos enfermeiros e, em outros estudos, desejada, também, pelos professores (Mestrinho, 2011; Serra, 2011; Moreira & Ferreira, 2014), e em relação à qual os autores Adelman-Mullallt et al. (2013) referem a importância das lideranças formais pelos professores, e reconhece-

se a possibilidade destes exercerem liderança no seu envolvimento nas decisões nos contextos de saúde e práticas de cuidados. Desta forma, renovam-se e inovam-se práticas de cuidados e saberes profissionais dos enfermeiros e consequentemente identidades, na partilha de novas evidências científicas e desenvolvendo investigação e formação em parceria entre professores e enfermeiros. Nesta parceria, desenvolvem-se atitudes de liderança dos atores de diferentes contextos – aprendizagem e prática de cuidados –, num trabalho de cooperação e contribuição mútua para o crescimento pessoal e profissional, reforçando a identificação e valorização profissional e participando na formação dos novos enfermeiros – estudantes – de uma forma mais integradora da disciplina e da profissão.

Embora, os enfermeiros entrevistados identifiquem lideranças nos professores de enfermagem, que se enquadram num modelo mais tradicional ou mais contemporâneo, os benefícios para exercer essa liderança e desenvolver liderança nos enfermeiros torna-se mais facilitado, no modelo profissional de professor socioconstrutivista, que permite alterar o papel de estudante/enfermeiro passivo e recetor em estudante/enfermeiro crítico, reflexivo e transformador, com liderança nos cuidados e no processo de influências do professor, que é continuado pelos pares, vistos como referências. Uma das sugestões realizadas pelos enfermeiros é não se centrarem essas influências de liderança nas escolas de formação ou nos professores, mas no papel formativo e de liderança, alegando que a formatividade pode ser continuada por outros sujeitos – pares com formação ou diferenciação profissional.

## 1.6. Influências de Outros Profissionais

Os enfermeiros consideram que os profissionais com quem mais contactam e, por isso, com quem mais têm que lidar no seu quotidiano, para além dos médicos, são os assistentes operacionais e assistentes técnicos, considerados como grupos de oposição, definindo, os enfermeiros entrevistados, uma diferenciação profissional com outras profissões de saúde e originando uma identificação profissional com a profissão de Enfermagem.

No que diz respeito aos assistentes operacionais e técnicos, os enfermeiros indicam uma diferenciação com estas profissões, nomeadamente ao nível da formação e competências. A identificação ocorre quando o grupo dos assistentes operacionais é incluído no trabalho de equipa e permite que os enfermeiros o influenciem no seu desenvolvimento.

Os enfermeiros consideram que os assistentes operacionais e técnicos exercem funções e competências distintas, sendo por vezes designados auxiliares nos cuidados, e distanciam-se destes profissionais pela sua escassa formação, pela capacidade de gerar conflitos, que está muitas vezes associada à desmotivação, no que respeita à profissão que desempenham.

Na verdade, os enfermeiros entrevistados denominam os assistentes operacionais como auxiliares nos cuidados, não os integrando na equipa de uma forma autónoma, mas sob uma supervisão dos enfermeiros, participando no seu desenvolvimento como equipa para prestar melhores cuidados; reconhecem que a diferenciação se faz, não só ao nível da formação e funções, mas também na motivação para o exercício profissional.

No entanto, admitem a importância destes profissionais na equipa, o que por vezes nem os próprios reconhecem. Os enfermeiros afirmam que se identificam com estes profissionais, quando estes aceitam as críticas para melhorarem, se dedicam ao trabalho, demonstrando disponibilidade, e comunicam de forma simples com os utentes. As potencialidades de desenvolvimento destes profissionais aproximam-nos dos enfermeiros entrevistados, tornando-se importante a presença destes profissionais na equipa de saúde. Outra identificação com estes profissionais, realiza-se através da comunicação com o utente, reconhecendo que o utente possa não entender a linguagem e os signos utilizados pelos profissionais de saúde, mas que os assistentes operacionais e técnicos, porque não possuem formação e conhecimentos, comunicam a mesma linguagem de alguns utentes, assumindo que os enfermeiros realizam este papel de “tradutor” da linguagem utilizada pelos profissionais, na equipa, mais especializados.

Não obstante, por um lado se a simplicidade da linguagem utilizada com o utente aproxima os enfermeiros dos assistentes operacionais e técnicos, por outro lado é o conhecimento da complexidade da linguagem utilizada entre outros profissionais mais especializados que estabelece essa aproximação. Desta forma, a identificação com outros profissionais como os farmacêuticos e os fisioterapeutas verifica-se pela complexidade da linguagem, para que o fluxo de comunicação e informação aconteça entre os profissionais de saúde especializados.

Os médicos são o grupo profissional que apresenta maior diferenciação por parte dos enfermeiros entrevistados. Os enfermeiros consideram os médicos um grupo profissional com funções e competências distintas, mas com a mesma área de atuação, sendo referido por alguns enfermeiros o caráter de complementaridade das duas profissões, sendo estas as diferenças que permitem o trabalho de equipa.

O reconhecimento das diferentes competências, com uma clara definição da identidade profissional dos enfermeiros, permite, segundo McNamara et al. (2011), um trabalho interdisciplinar com contribuições distintas, sendo a confiança e o respeito mútuo, de acordo com Pullon (2008), a base para o trabalho e desenvolvimento em equipa com o propósito de trabalharem para o utente.

Ainda assim, a união e a realização não são consensuais; os enfermeiros identificam-se com os médicos pela sua união entre os elementos da sua profissão e na forma como veem a sua realização com a profissão; outros enfermeiros revelam uma diferenciação positiva ao ambicionarem a união, a realização profissional dos médicos e mesmo a competitividade que designam como saudável na ascensão da carreira.

A procura de um projeto comum e de realização profissional, entre os enfermeiros, tal como acontece com os médicos, é reconhecida pelos enfermeiros como uma estratégia de negociação identitária, na procura da emancipação profissional, junto de outros profissionais, como os médicos. Alguns enfermeiros, constatando as repercussões económicas nulas na profissão com a ausência de progressão na carreira de enfermagem, ambicionam progredir, tal como os médicos, através de uma denominada competição saudável. Além do mais, sobre as relações interpessoais com os utentes e familiares e com os outros profissionais, as perspetivas dos enfermeiros, também, não são consensuais. Uns enfermeiros referem que os médicos apresentam um caráter paternalista, desconsiderando as decisões dos utentes e cuidadores, com relações de distanciamento e centrando-se nas doenças (Modelo Biomédico), outros referem uma relação de proximidade e disponibilidade por parte dos médicos. De facto, alguns enfermeiros continuam a demarcar-se do poder médico, pela diferenciação do cuidar reivindicado pelo enfermeiro e da atribuição do tratar ao médico, reclamando para si a parte humanizadora e de *empowerment* nas suas relações profissionais com os utentes, diferenciando-se, assim, dos profissionais médicos. Outros profissionais de enfermagem não se enquadram no discurso anterior e identificam-se nas relações de proximidade e disponibilidade de médico-utente, que caracterizam a atuação de ambos os profissionais.

As diferentes formas de diferenciação ou aproximação entre os profissionais enfermeiros e médicos, repercutem-se nas suas relações profissionais; se uns consideram que os médicos apresentam comportamentos autoritários, tentando subordiná-los ao seu poder, outros referem que as suas relações de proximidade permitem o desenvolvimento profissional mútuo. Assim, nas relações profissionais, os médicos são caracterizados por alguns enfermeiros como distantes, com necessidade de se imporem aos outros profissionais e com comportamentos autoritários; outros enfermeiros identificam-se no caráter de proximidade que apresentam nas suas relações profissionais com os médicos e com a partilha de conhecimentos e artigos científicos, para conseguirem um bom trabalho de equipa. Para além disso, as capacidades cognitivas são outras das particularidades que aproximam e/ou distanciam os enfermeiros dos médicos, considerando que, na identificação, ambos apresentam um grau de complexidade elevada, necessitando do empenho na procura de evidência científica e que, na diferenciação, são as dificuldades de organização por parte dos médicos e, como referido por uma das entrevistadas, a peculiar inteligência superior para exercer a profissão médica.

Conforme se efetuam diferenciações ou identificações profissionais, nas relações e no campo disciplinar, ocorrem diferenças na perceção da cognição, isto é, se um enfermeiro se sente subordinado ao poder médico, percebe que possui capacidades cognitivas inferiores, realizando uma diferenciação em relação a este grupo profissional. Pelo contrário, outros enfermeiros identificam-se no grau de complexidade de capacidade cognitiva que ambas as profissões requerem, acrescentando os enfermeiros, ainda assim, uma diferenciação na sua capacidade organizativa no planeamento e exercício profissional, em relação aos profissionais médicos.

As possíveis contribuições das influências, por parte de outros grupos profissionais, são o reconhecimento profissional no seio das equipas multidisciplinares, a complementaridade percebida como a partilha, seja de conhecimentos científicos, seja de informações dos utentes e familiares, num trabalho de equipa para a consecução dos objetivos e para o desenvolvimento conjunto, como equipa profissional.

Os enfermeiros, tal como menciona Voyer e Reader (2013), possuem uma visão ímpar no trabalho de equipa, atribuída à própria natureza dos cuidados, que exige parceria com o alvo de cuidados e o cuidador, que lhes permite trabalhar ou de forma autónoma, ou de forma colaborativa e interdependente. O reconhecimento desta interdependência destes profissionais enfermeiro-médico e médico-enfermeiro, que exige trabalho

colaborativo de equipa entre os mesmos, possibilita a partilha de informações e de conhecimentos centrados na pessoa e não nos profissionais.

Finalmente, as identificações e diferenciações realizadas pelos enfermeiros permitem afirmar que os outros profissionais da equipa de saúde não representam referências profissionais, não se reconhecendo o processo de liderança, mas um processo de influências profissionais recíprocas, enquadradas num trabalho de equipa ora subordinativo, ora desligado, ora de desenvolvimento recíproco.

## 1.7. Processos de liderança

As pessoas consideradas significativas, mencionadas pelos enfermeiros, são os próprios enfermeiros, os enfermeiros-especialistas, os enfermeiros-chefes, mas também os professores de enfermagem. São estas as pessoas de referência destes enfermeiros, também, definidas como líderes, que são reconhecidas por influenciar as suas tomadas de decisão e o desejo de desenvolvimento profissional, para prestarem melhores cuidados.

Estas pessoas significativas, além de serem consideradas referências, adotam os comportamentos de equipa, ao valorizarem e considerarem as opiniões da mesma nas tomadas de decisão, não se sentindo constrangidas ou ameaçadas com opiniões contrárias, isto é, que permitam diferenciação e descentração.

Estes líderes são referidos como líderes clínicos, ao ser valorizada a sua experiência clínica, denominada de maturidade. Quando alia essa sabedoria prática à evidência científica, através do pensamento crítico-reflexivo, torna-se num perito que passa a líder clínico, quando partilha esses conhecimentos e experiências com os pares. Esta figura torna-se, marcadamente, importante nos primeiros anos da vida profissional dos que o envolvem, com destaque para o reconhecimento desta influência profissional no desenvolvimento dos cuidados prestados e na identidade profissional dos enfermeiros entrevistados. Para que esta pessoa significativa se destaque como líder, necessita de uma motivação forte pela profissão, para ser ela um motor do seu próprio desenvolvimento e dos seus pares. As características apreciadas que os tornam referências profissionais ou líderes são: rigor, trabalhar para a excelência, boa capacidade de comunicação e persuasão, assertividade, determinação, influenciam outros para determinados objetivos,

estão sempre em desenvolvimento e a estimular os outros para se desenvolver, peritos clínicos, incrementam a autoestima, com bons relacionamentos interpessoais de proximidade e companheirismo, valorizam os elementos da equipa, apoiam nas decisões e intervenções de elevada complexidade e conferem suporte emocional aos seus pares.

De facto, estes enfermeiros, passíveis de serem nomeados como referências, necessitam de todas as qualidades referidas, que podem estar todas numa só pessoa ou em várias – enfermeiros líderes informais ou líderes clínicos, enfermeiros-chefes e professores de enfermagem. Ora, os sujeitos apontados como referências, que mais consensos receberam, foram os líderes informais – enfermeiros peritos, líderes na prestação direta de cuidados, observados no seu exercício profissional, agindo em concordância com os seus conhecimentos e discursos de perito. Os procedimentos utilizados para descobrir estes profissionais baseavam-se em observar estas pessoas significativas, durante a prestação de cuidados: na sua forma de estar, na sua comunicação e atitudes com os utentes, os familiares e os elementos da equipa, na procura constante pelo saber e desenvolvimento profissional, na forma como ultrapassam as dificuldades; e no trabalho de equipa: no incentivo aos outros para evoluírem como pessoas e profissionais, na liderança em projetos, em equipa e no trabalho, na sua capacidade na resolução de conflitos e nas suas propostas de melhoria. De resto, outro fator de influência reconhecido foi colocado em destaque e consiste na partilha de experiências e conhecimentos. Estes enfermeiros são visualizados como líderes de cuidados que, através de diálogos designados por construtivos, fornecem formas de pensamento e atuação alternativas, que são exploradas na partilha desses conhecimentos e experiências, gerando práticas fundamentadas e discutidas em grupo num “pensamento-crítico contínuo” (52i.e.), transformando cuidados, mas também pensamentos e identidades profissionais.

Após a discussão destes resultados, onde se relacionaram as identidades profissionais dos enfermeiros entrevistados e respetivos contextos formativos de formação e de trabalho, com as lideranças e influências profissionais, permitindo o entendimento dos processos de influência, segue-se um capítulo em que se apresenta um modelo de liderança profissional de enfermeiros.

## 1.8. Modelo de Desenvolvimento de Identidades de Liderança em Enfermagem

A análise e discussão dos resultados permitiram o desenvolvimento deste capítulo, que pretende apresentar um Modelo de Desenvolvimento de Identidades de Liderança em Enfermagem. Identidades estas aprofundadas com a presente pesquisa, que caracteriza o conceito de liderança reconhecido pelos enfermeiros entrevistados, identifica as lideranças exercidas pelos profissionais tal como os seus processos, e as lideranças e influências profissionais decorrentes dos contextos e ambientes formativos e de interações, escolares e profissionais, dos enfermeiros, onde ocorrem as (re)construções identitárias profissionais.

Nesta pesquisa identificaram-se quatro identidades profissionais mais predominantes, que não se encontram no seu estado puro, mas com *nuances* diferentes conforme a presença de outras identidades sejam elas sociais, pessoais, familiares, entre outras. No entanto, o reconhecimento e a distinção destas identidades de modelos de sociedade diferentes, que coexistem atualmente, permitem entender as diversas transições identitárias ocorridas e as que estão em curso.

Apesar do pouco reconhecimento social a que os enfermeiros estão sujeitos, perante identidades mais passivas e outras mais criativas e transformadoras, perspetivam-se diferentes processos de liderança ou formas de (re)construções identitárias biográficas e relacionais, considerando a liderança, o espírito de mudança identitária e de desenvolvimento profissional, evidentes em determinados enfermeiros líderes.

Esta pesquisa baseou-se na Teoria das Representações Sociais, nomeadamente na referida em Zavalloni e Louis-Guérin (1984), entrecruzada com a teoria da identidade referida em Dubar (1997). As representações sociais permitiram conhecer o MIO do indivíduo – seus conteúdos manifestos e latentes – e reconhecer a existência de conflitos ou fusões, gerando a confrontação de identidades individuais e coletivas, onde a identificação tem um papel de destaque, nas transformações identitárias, desviando-se da identidade rejeitada e transformando-se em alteridade. Tudo isto, tendo em conta um *Self* possível e desejado em relação a um *Alter* significativo real ou imaginário, em que os grupos de referência se revelam de extrema importância nessas transições, com o reconhecimento do potencial e a utilização de recursos existentes de forma individual e

coletiva, construindo-se, desta forma, um projeto comum a esses grupos que servem de reforço e suporte identitário ao *Self* Ideal.

A confrontação do individual e do coletivo, nas suas formas identitárias biográficas e relacionais, com as Identidades Reivindicada, Atribuída, Idealizada e Rejeitada, constatando continuidades ou rupturas, tal como os reconhecimentos do *Outro* ou ausência do mesmo, permitiu conhecer os *Selves* nuclear e periféricos ou situacionais dos indivíduos. Para tal, considerou-se que estes últimos motivaram inovações e mudanças identitárias, por vezes congruentes com o nuclear e por isso marcado pela continuidade e, outras vezes, por transformações mais radicalizadas e com rupturas, estando estas sujeitas a desafios maiores, se não encontrarem os suportes e o reconhecimento no *Outro* coletivo.

Desta forma, reconheceu-se a representação social da visão da profissão, dos cuidados e da visão do alvo de cuidados, nos discursos dos entrevistados, nas diversas identidades emergentes – Identidades Reivindicada, Atribuída, Idealizada e Rejeitada – relacionando-as com as diversas oposições e identificações identitárias existentes, que permitem entender as identidades presentes e as transições identitárias em desenvolvimento, que permitirão a transformação e inovação das práticas e dos seus autores. Pode afirmar-se que, não só a representação da profissão influencia a identidade profissional, como a própria conceção de cuidados e o estatuto que se atribui ao alvo de cuidados. Estas representações originam identificações ou diferenciações que permitem determinar identidades e transições identitárias, tais como as possíveis influências e processos influenciadores decorrentes das valorizações e desvalorizações que possam ocorrer.

A centralidade da doença e o enfoque na tecnicidade, apontada ao Modelo Biomédico, apresentaram diversas diferenciações e oposições identitárias. Apesar dos enfermeiros, na visão dos cuidados, privilegiarem as competências científicas e as cognitivas, eles apresentam como núcleo central identitário a valorização da relação.

Estas interligações entre as diversas competências permitem uma natureza de cuidados articulada nas funções autónomas e interdependentes, sem descurar qualquer uma delas e reconhecendo quer a sua importância, quer o sentido crítico e participativo que estas funções exigem. Ambicionam-se, pois, atuações de enfermagem na promoção da saúde individual e coletiva, no entusiasmo de ser considerado gestor de caso, como elo de ligação da pessoa à equipa e à comunidade, evidenciando a aspiração a funções mais autónomas, mas sem se desvincular do seu trabalho de equipa numa interprofissionalidade para um bem comum, o bem-estar da pessoa e da coletividade.

Quanto à Natureza de Cuidados, reconhecem-se discursos nas Identidades Reivindicada e Atribuída de Identificação que se fundem nos cuidados centrados nas competências de enfermeiro generalista com a defesa da sua polivalência, para suprir défices de recursos humanos e realizar adaptações dos cuidados aos diversos contextos de atuação profissional. Polivalência que, por sua vez, é reforçada pelos constrangimentos económicos da saúde e da sociedade e fortalecida pela presença na Identidade Atribuída Desejada. No entanto, na Identidade Atribuída de Identificação, salienta-se a necessidade das referências profissionais na figura dos seus pares, através dos enfermeiros peritos, para colmatar dificuldades emergentes de uma função mais abrangente ou polivalente.

A necessidade de perícia clínica é reforçada, não só na Identidade Reivindicada como também na Identidade Idealizada; esta perícia associa-se a enfermeiros com formação e com prática experiencial refletida, científica e intuitiva, enquadrando-se nas competências de enfermeiro especialista, mas que se admite existir noutros enfermeiros. De uma forma geral, os enfermeiros aspiram a exercer liderança clínica, ao idealizarem ser promotores de cuidados e referências para os seus pares. Perspetiva-se, portanto, uma forte influência nos cuidados e na identidade profissional destes enfermeiros, vistos como peritos clínicos e reconhecidos pelos pares como líderes informais.

Na Visão do Alvo de Cuidados, assinala-se a ambiguidade de um cuidar de forma paternalista, em conjunto com um cuidar emancipatório da pessoa cuidada, prevalecendo a apreciação da ética profissional, o elemento decisório nos cuidados pelo alvo de cuidados.

Como se pôde verificar, os enfermeiros na Identidade Profissional Vocacional ou Relacional privilegiam a componente relacional, sendo esta a maior influência nestes profissionais, seja na observação como o *Outro* enfermeiro significativo se relaciona com o alvo de cuidados, seja no relacionamento como par, destacando-se o *Outro* enfermeiro significativo como referência no seu desenvolvimento profissional e na sua profissionalidade. Em alguns enfermeiros, principalmente aqueles que se identificam com a Identidade Relacional ou Vocacional Reivindicada, realiza-se uma fusão com a Identidade Atribuída de Identificação com poucas possibilidades de diferenciação ou distanciação, a importância reconhecida por estes na sua relação com o *Outro* evidencia-se como espaço e oportunidade de transições identitárias.

Na Identidade Profissional de Profissionalização, valorizam-se essencialmente os aspetos científicos e cognitivos, que se adquirem e se desenvolvem nas formações académicas e formais, identificando-se o sujeito com o *Outro* que apresenta competências

técnico-científicas e cognitivas reconhecidas mais predominantemente na forma académica, mas também profissional. Neste sentido, são estes os enfermeiros que procuram desenvolver a sua profissionalidade na formação académica e contínua de profissionais, por eles julgada como passível de possibilitar reconhecimento social e profissional, sendo visíveis as influências do *Outro* significativo com formação académica e formativa, com a importância constatada da intra e interprofissionalidade das equipas de trabalho.

Deste modo, o modelo da qualificação profissional não assenta no Modelo Biomédico, distanciando-se deste na consideração de uma profissionalidade distinta, com formação superior, e simultaneamente aproximando-se do estatuto de prestígio de profissões com reconhecimento social. A distanciação deste modelo, meramente, tecnicista, também, é indicada na perceção de desenvolvimento profissional, na constatação de um trajeto profissional inicial, predominantemente, tecnicista, para a conquista de autonomia, nas decisões e nas atuações profissionais. Contudo, leva-se em conta a passagem de uma imagem idealista, adquirida em formações formais especializadas, para uma imagem mais pragmática da profissão, face aos constrangimentos profissionais e sociais.

Na Identidade de Negociação, verifica-se a existência de vários *Outros* profissionais enfermeiros, permitindo a descentração com o *Outro* e criando espaços de autonomização da profissão e dos cuidados, reconhecendo-se diferenciações de uma identidade “herdada”, sem, todavia, ocorrerem ruturas totais, com uma aproximação a formas mais inovadoras e autónomas do cuidar e percecionar o seu alvo de cuidar, com fortes influências na possibilidade de assim agirem na Identidade Reivindicada e com a aspiração à aproximação da Identidade Idealizada. Estes enfermeiros discernem as suas influências em profissionalidades que consigam desenvolver-se na autonomia profissional, em formas de agir profissionais e no reconhecimento da própria autonomização do alvo de cuidados, referidas como lideranças nos cuidados baseados num projeto coletivo comum.

De acordo com Abreu (2001), “não existe uma única forma de se ser ou sentir (bom) enfermeiro” (p.43). Então, é essencial entender as identidades profissionais identificadas, como dinâmicas, com interligações e sem existirem no seu estado puro, considerando as influências recíprocas entre estas e as transações biográficas e relacionais de Dubar (1997). Para tal, tendo em conta que nem sempre a identidade atribuída se coaduna com a identidade reivindicada (identificação e/ou identização), desejando que lhes sejam

atribuídas e idealizando para *Si* identidades mais autónomas e interventivas e, deste modo, distanciando-se e rejeitando outras não relacionais, permitem-se negociações identitárias que contribuem para as identidades em transição.

Estas transições das identidades, identificadas, são afetadas pelo desinvestimento político-social na profissão, logo com consequências importantes no reconhecimento social e no investimento e identificação profissional dos enfermeiros. No entanto, estas transições identitárias mostram-se possíveis, na ambição de alguns destes profissionais, na construção de uma identidade transformadora de forma individual, mas sobretudo de forma coletiva, preconizando-se a união e liderança por parte destes profissionais.

As estratégias apontadas para a valorização profissional manifestam a necessidade de um investimento nas formações formais académica e especializada, facto que é reforçado pelo modelo de qualificação profissional e pela valorização dos aspetos cognitivos e científicos nos cuidados de enfermagem, na Identidade Reivindicada, verificando-se uma articulação de uma abordagem intuitivo-humanista a uma abordagem sistemático-positivista. Estas abordagens são explicitadas por Magalhães, Lopes e Fonseca (2013) e Polit e Beck (2011), no que diz respeito às tomadas de decisão crítico-reflexivas, numa Identidade de Cuidados Desejada e Idealizada na fundamentação de cuidados em evidência científica que articule as abordagens anteriores; segundo os entrevistados, tal torna possível a distanciação das representações sociais meramente tecnicista ou vocacional e a afirmação da Enfermagem como disciplina profissional. As práticas baseadas em evidência científica concorrem para o desenvolvimento profissional e são procuradas, não só em documentos e formações científicas, como também no reconhecimento de peritos – formação informal e lideranças – que se baseiam nestes princípios e que partilham estas evidências científicas em evolução, aliadas a um conhecimento intuitivo no agir profissional.

O desenvolvimento da liderança de cuidados está presente não só na perceção do próprio desenvolvimento profissional, na aproximação aos modelos de referência e numa aspiração que os enfermeiros têm a serem percecionados como referências para os seus pares, sem esquecer o seu alvo de cuidados, como também na idealização da sua contribuição para um projeto comum profissional numa ação ética, transformadora, baseada na evidência e num agir criativo e inovador, considerada como liderança informal por Stanley (2012) e Patrick et al. (2011).

A este respeito, a identidade equipa, além de reforçar as diversas formas de influência expostas anteriormente, vem reforçar a união e liderança em equipa,

assentando a distinção profissional e do trabalho de equipa na inovação dos projetos ou no desenvolvimento dos cuidados, que exige o envolvimento de todos os elementos nesses objetivos, englobando o sujeito individual no seu próprio desenvolvimento (perito) e no desenvolvimento dos pares (liderança clínica), exercendo, desta maneira, o líder clínico, influência sobre as práticas e identidades profissionais.

Surge, nesta dimensão, uma característica que se destaca, a característica de equipa, baseada na identificação na coesão da equipa e na diferenciação na diversidade dos elementos da mesma, assumindo e respeitando as semelhanças e diferenças. As semelhanças são fortalecidas pelo grupo, importantes para a identificação com a equipa e com a profissão, ao passo que as diferenças originam mudanças e inovações para a melhoria da prática de cuidados; as duas influenciam a coexistência das diferenças (diversidade) e das semelhanças (coesão) no grupo, tanto no desenvolvimento como na identidade profissional destes enfermeiros.

Um dos processos que pode ser útil para dinamizar estes relacionamentos profissionais e grupais, é a supervisão colaborativa, assumindo o indivíduo o papel de supervisor e supervisionado nas diversas diferenciações realizadas, contribuindo para que promova não só a formação informal como o desenvolvimento da liderança entre os enfermeiros. Os líderes clínicos na equipa destacam-se nos diversos contextos e situações de diferenciação e complexidade, onde as suas experiências e conhecimentos científicos se transformam em práticas alternativas, contextualizadas e fundamentadas, pela presença do pensamento crítico-reflexivo e relacionamentos de partilha e de proximidade dos seus autores, influenciando o seu desenvolvimento e o de outros elementos da equipa, nas práticas e pensamentos, assim como nas identidades profissionais.

Outro processo importante será a supervisão clínica formal entre um elemento perito e outro elemento recém-chegado à equipa para fomentar a liderança clínica neste processo de outros elementos, chamando à atenção para a maneira como o perito verbaliza os seus pensamentos e formas de ação, partilhando saberes e experiências e permitindo proximidades e integração na equipa e nos cuidados.

As Instituições de Educação, Sindicatos, Ordem dos Enfermeiros e Instituições de Saúde, também, podem participar neste processo, não se cingindo a formações de liderança para os líderes formais, mas também para líderes informais, reconhecendo a importância do capital humano na profissão e desenvolvendo comportamentos de liderança clínica nos enfermeiros, através de programas contínuos de formação em liderança clínica.

Na representação de equipa, são atribuídos ao líder da equipa os papéis de mediador de conflitos, promotor da coesão e desenvolvimento, tal como a motivação de todo o seu conjunto. Esta liderança encontra-se dividida pelo líder informal ou líder clínico e o líder formal na figura do enfermeiro-chefe, valorizando o papel do líder informal e desejando a sinergia dos dois para o crescimento como equipa e como profissionais. Porém, apesar de ser difícil desenlaçar a caracterização destes dois líderes, no discurso dos entrevistados, o líder informal distingue-se pela proximidade do relacionamento e do contexto da prática, propondo e desenvolvendo inovações que se percebem como possíveis, porque visualizadas, questionadas e fundamentadas, individualmente e em grupo.

Além disso, ao enfermeiro-chefe atribuem-se as mesmas competências do líder informal, acrescentando o poder ou autoridade e o papel de gestor. Nos discursos dos enfermeiros entrevistados encontram-se desejos de um líder formal, definido por concurso, que tenha poder para representar, tanto os seus profissionais, como os cuidados prestados, com negociações entre outras profissões e gestores organizacionais, neste contexto de recessão económica e social.

O enfermeiro-chefe, além de deter experiências e competências ao nível de perito, conhece as dificuldades e potencialidades individuais e grupais, que, através do apoio, suporte, motivação e mediação de conflitos, confere a promoção e o desenvolvimento pessoal e profissional, baseados no relacionamento de proximidade entre os liderados e líderes informais, partilhando lideranças e fomentando o desenvolvimento da liderança.

As instituições interessadas no desenvolvimento destes líderes formais já realizam formações para estes profissionais, quer com formações académicas, nas instituições de Ensino Superior, quer com formações profissionais na Ordem dos Enfermeiros e instituições de saúde, que deveriam privilegiar o desenvolvimento da liderança.

Outro processo de desenvolvimento de liderança na enfermagem passaria por existir a supervisão clínica formal entre líder formal (enfermeiro-chefe) e os liderados, desenvolvendo e partilhando lideranças, reconhecendo e apoiando os líderes informais e gerando parcerias para o desenvolvimento profissional e identitário dos elementos da equipa. A parceria, entre líder formal e informal, encontra-se explícita na literatura científica na liderança transformacional, mas segundo os entrevistados, apesar de desejada, ela encontra-se pouco concretizada nos contextos de trabalho.

Ao professor de enfermagem, considerado líder ou referência, para além das competências do líder, acrescentará também ele o carácter inovador da formação e das suas próprias práticas, com relacionamentos de proximidade que permitem climas de formação

colaborativos de aprendizagem e desempenhando papéis de orientador, referência, líder e promotor de liderança nos estudantes, futuros enfermeiros, que também eles poderão ser considerados futuras referências profissionais.

Para além disso, os professores de enfermagem, se enquadrados no Modelo Socioconstrutivista e desenvolvendo formas de aprendizagens mais pró-ativas, podem exercer lideranças formais, ao desenvolver o pensamento crítico-reflexivo, a inovação, a mudança e a emancipação ou autonomia no pensamento e nas práticas, fomentando a existência de futuros líderes clínicos com competências de liderança, que, em contexto de trabalho, com a associação da incessante busca do saber e das experiências, seriam essenciais para o desenvolvimento da profissão. São, por isso, agentes de transformação dos ambientes de cuidados, do desenvolvimento e de identidades.

Outro processo de desenvolvimento da liderança, mais a nível formal, passaria pela presença dos professores de enfermagem nos ensinamentos clínicos, aproximando professores e enfermeiros, que permitiria realizar a articulação teórica e prática da disciplina de Enfermagem e proporcionar o repensar das práticas, ao inová-las e ao enquadrá-las numa Enfermagem real e possível. Esta parceria seria benéfica para todos os intervenientes – alvo de cuidados, estudantes, professores de enfermagem e enfermeiros da prestação direta dos cuidados –, sendo intitulados esses tipos de ensinamentos clínicos como “comunidades de referência” por Bettancourt et al. (2011) ou “comunidades de aprendizagem” por Sousa e Lopes (2014).

Esta parceria entre professores de enfermagem e enfermeiros poderia ser mais desenvolvida em “centros de inovação e desenvolvimento”, referidos por Gonçalves (2013), promovida pelas escolas e/ou instituições de saúde, envolvendo as práticas desses enfermeiros em projetos de investigação, como sugerido pelos entrevistados que gostariam de participar em projetos de melhoria das práticas e da profissão.

Os processos de influência de liderança na identidade e desenvolvimento profissional, comuns aos autores de liderança supracitados, sejam eles líderes clínicos, sejam enfermeiros-chefes, sejam professores, são baseados em relacionamentos de suporte, apoio e consideração das diferenças como forma de desenvolvimento profissional.

Assim, a perícia, referida em Benner (2001), conseguida pela sabedoria prática aliada à evidência científica, através do pensamento crítico-reflexivo, num clima de aceitação e tolerância, com a construção de um projeto comum, que tenha como motivação o seu desenvolvimento e dos pares, permite práticas inovadoras e significativas

para todos os intervenientes. Estes momentos de intervenções formais e informais, conseguidos através de diálogos construtivos, de forma a partilhar essa perícia, desencadeiam formas alternativas de pensar e agir, que permitem não só inovar práticas, como desencadear transições ou até mudanças identitárias, com o reforço das referências profissionais dos enfermeiros.

Efetivamente são variadas as situações em que estes líderes, considerados como referências profissionais, influenciam a identidade e o desenvolvimento profissional dos que com eles trabalham, que passam, essencialmente, por serem observados no seu desempenho, sobre comportamentos, atitudes, práticas, formas de pensar e atuar:

- na expressão do pensamento crítico-reflexivo nas atuações;
- na promoção de climas colaborativos, de proximidade, de tolerância, de diálogos e de aprendizagem;
- no desenvolvimento da inovação, da mudança e da autonomia no pensar e no agir profissional;
- na concordância dos discursos e conhecimentos de perito com o desempenho;
- na comunicação e atitudes assertivas e de proximidade com os alvos de cuidados e os elementos das equipas;
- na procura contínua dos conhecimentos e na articulação dos conhecimentos teóricos e práticos, ao nível de perito;
- no desejo do seu desenvolvimento profissional e dos seus pares;
- na forma como ultrapassam dificuldades e respondem a ambientes de saúde imprevisíveis e em constantes mudanças;
- no trabalho de equipa, no incentivo, no apoio e no suporte na evolução do *Outro*, incrementando a autoestima e a motivação;
- na liderança de projetos, de equipa e de trabalho para a prossecução de determinados objetivos comuns;
- na capacidade de resolução de conflitos;
- na proposta de melhoria dos cuidados e da equipa.

Reconhecendo a importância dos líderes em enfermagem e a necessidade de promoção e desenvolvimento de liderança clínica, nos diversos contextos formativos académicos e de trabalho dos enfermeiros, passou-se ao conhecimento das possíveis influências em forma de liderança, os seus autores, as formas e as situações desencadeadoras de desenvolvimento profissional e transição identitária. Logo, os

enfermeiros podem e devem capacitar-se e serem capacitados desses comportamentos de liderança, nos diversos contextos ou ambientes formativos que ocorrem enquanto alunos e/ou profissionais para transformação das práticas, dos pensamentos e das identidades, para se alcançar a transição ou transformação das identidades em identidades de liderança.

Construiu-se uma representação esquemática das ideias explicitadas – Quadro 12 e Figura 39, que pretende sistematizar, os diversos relacionamentos considerados neste Modelo de Desenvolvimento de Identidades de Liderança em Enfermagem. Neste modelo, os enfermeiros, baseados em intervenções e relações individuais e colaborativas, em parceria ou em grupo, são convocados a colaborar para o desenvolvimento da liderança, dos cuidados, dos profissionais, e para as transições identitárias.

**Quadro 12. Lideranças Profissionais**

<b>Liderança / Referência Profissional</b>						
<b>Categorias Gerais</b>						
Visão da Profissão	Visão dos Cuidados			Natureza dos cuidados	Visão do Alvo de Cuidados	Inovação Transformação Projeto comum
	Competências					
	<i>Científicas</i> <i>Técnicas</i> <i>Cognitivas</i>	<i>Relacionais</i>	<i>Éticas</i>			
<b>Processos de Liderança</b>						
<p>Diálogos e debates construtivos                      Climas de aprendizagem, partilha e tolerância                      Relacionamentos de suporte e apoio                      Aproximação dos diversos atores e autores da profissão Enfermagem                      Construção de um projeto comum</p>						
<b>Situações de Mudança</b>						
<p>Observação dos Líderes/Referências Profissionais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na expressão do pensamento crítico-reflexivo nas atuações;</li> <li>• Na promoção de climas colaborativos, de proximidade, de tolerância, de diálogos e de aprendizagem;</li> <li>• No desenvolvimento da inovação, da mudança e da autonomia no pensar e no agir profissional;</li> <li>• Na concordância dos discursos e conhecimentos de perito com o desempenho;</li> <li>• Na comunicação e atitudes assertivas e de proximidade com os alvos de cuidados e os elementos das equipas;</li> <li>• Na procura contínua dos conhecimentos e na articulação dos conhecimentos teóricos e os práticos, ao nível de perito;</li> <li>• No desejo do seu desenvolvimento profissional e dos seus pares;</li> <li>• Na forma como ultrapassam dificuldades e respondem a ambientes de saúde imprevisíveis e em constantes mudanças;</li> <li>• No trabalho de equipa, incentivo, apoio e suporte na evolução do <i>Outro</i>, incrementando a autoestima e a motivação;</li> <li>• Na liderança de projetos, de equipa e de trabalho, para a prossecução de determinados objetivos comuns;</li> <li>• Na capacidade de resolução de conflitos;</li> <li>• Na proposta de melhoria dos cuidados e da equipa.</li> </ul>						
<b>Autores na Profissão de Enfermagem</b>						
<b>Líderes Informais</b>		<b>Enfermeiros-Chefes</b>		<b>Professores de Enfermagem</b>		
<b>Categorias Específicas</b>		<b>Categorias Específicas</b>		<b>Categorias Específicas</b>		
Caraterísticas de Equipa		Coexistência: Liderança e Gestão Autoridade e Poder		Competências Formativas		
<b>Processos de Liderança</b>		<b>Processos de Liderança</b>		<b>Processos de Liderança</b>		
Supervisão Colaborativa Supervisão Clínica Formal Formação em Liderança		Supervisão Clínica Formal Parceria Líder-Liderado/ Liderança Transformacional Formação em Liderança		Modelo Socioconstrutivista / Formas de Ensino para aprendizagens pró-ativas Ensino e Desenvolvimento de Competências de Liderança Comunidades de Aprendizagem Centros de Inovação e Desenvolvimento		

### Modelo de Desenvolvimento de Identidades de Liderança em Enfermagem

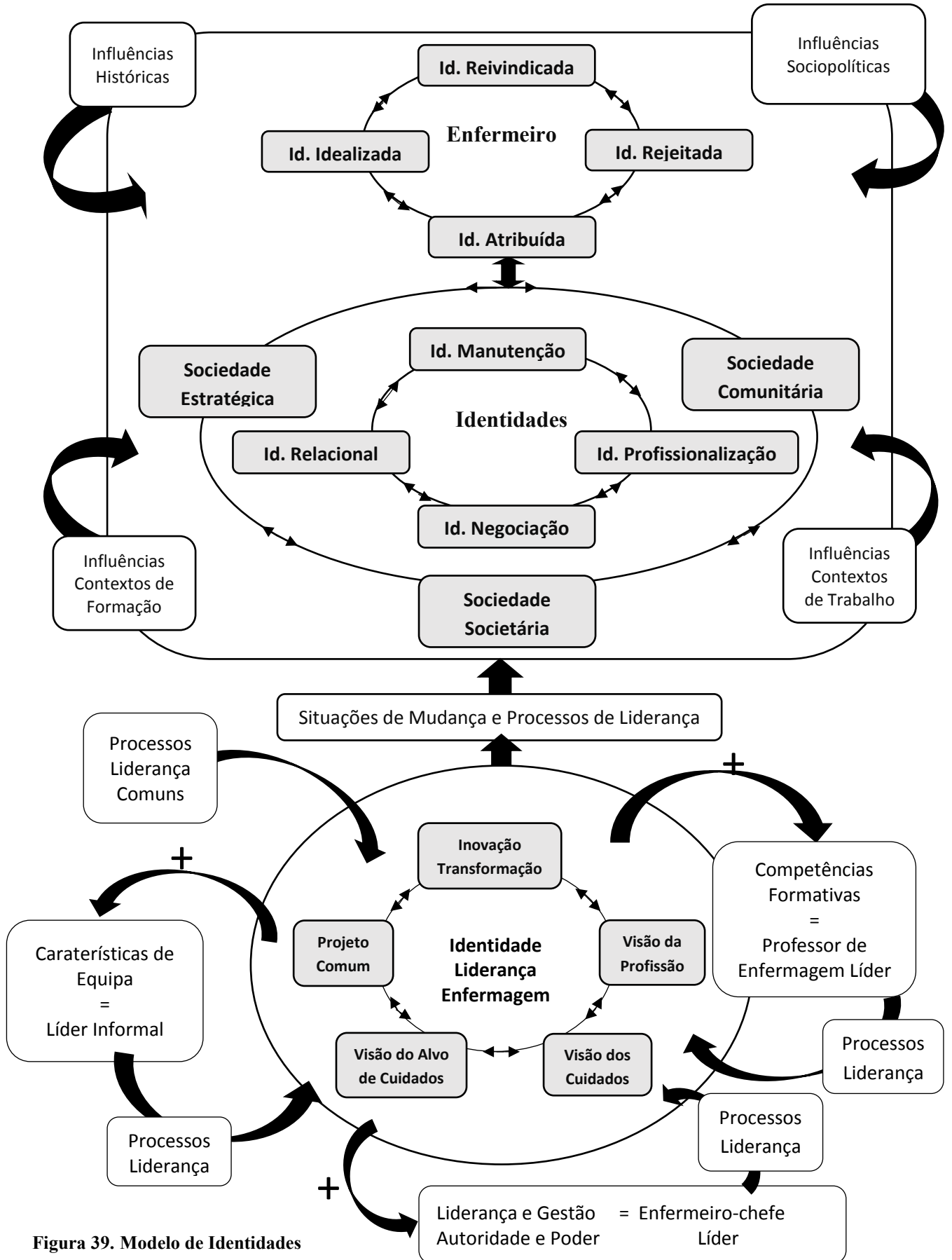


Figura 39. Modelo de Identidades de Liderança em Enfermagem

---

## **VIII. Conclusão**



*É (...) apropriando-se do seu trabalho, conferindo-lhes «sentido» é, dando-lhes, ao mesmo tempo, uma significação objetiva e uma direção subjetiva, que os indivíduos acedem à autonomia e à cidadania.*

Dubar (2003)

## 1. Das conclusões às implicações do estudo

As transformações da sociedade, do ensino e das formas de organização dos contextos de trabalho modificaram as relações profissionais. Aos enfermeiros impõe-se o desafio na aquisição e desenvolvimento de competências de liderança para inovar as práticas, conquistar o seu lugar na equipa de saúde e o conseqüente reconhecimento social. O prolongamento da crise identitária dos enfermeiros pode repercutir-se em transições identitárias mais adequadas às exigências dos contextos formativos, de trabalho e sociais, em constante mudança e de elevada complexidade, tendo a influência das lideranças formais e informais um papel essencial nas (re)construções identitárias profissionais.

Portanto, a liderança encontra-se presente em todas as categorias e cargos profissionais de enfermagem, onde o papel do líder informal se destaca, mas também se reconhece a importância dos líderes formais e dos relacionamentos entre os diversos líderes para a (re)construção de identidades de liderança profissional e, deste modo, contribuir para o desenvolvimento profissional.

No início deste trabalho, levantou-se a questão central desta investigação: **Qual a influência das lideranças na (re)construção da identidade profissional de enfermeiros?** Para responder a esta questão central do trabalho foram colocados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as pessoas e as situações profissionais que exerceram influência e/ou liderança sobre os enfermeiros nos seus percursos académico e profissional e quais as suas características;
- Identificar as pessoas e as situações profissionais que influenciaram a identidade dos enfermeiros;
- Conhecer a perceção dos enfermeiros acerca da influência dos líderes formais (enfermeiros-chefes e professores de enfermagem), líderes informais (seus pares) e dos outros grupos profissionais;

- Analisar os elementos constituintes da identidade individual e coletiva dos enfermeiros (identificações/diferenciações, afetividades e valorizações), entender os processos de construção e reconstrução da identidade profissional dos enfermeiros com base nesses elementos e identificar as configurações identitárias presentes nos enfermeiros;
- Entender o processo de influência das lideranças na (re)construção das identidades profissionais dos enfermeiros, com o intuito de perspetivar os contributos da liderança para o desenvolvimento profissional.

Na primeira fase do estudo, identificaram-se quatro identidades profissionais mais prevalentes na amostra obtida – Identidade de Manutenção, Identidade Relacional, Identidade de Profissionalização e Identidade de Negociação, que se inserem em modelos de sociedades diferentes, que coexistem na sociedade atual em formas de relações comunitárias, estratégicas e societárias e vestígios de subjetivação que permitem perspetivar formas de influência diversas e distintas.

Estas identidades profissionais permitiram conhecer as diversas influências em forma de liderança no reconhecimento do *Outro* nas transições identitárias, que se exercem implícita ou explicitamente. Reconhece-se que existem identidades mais preparadas para enfrentar as mudanças e as exigências atuais, e desenvolver a liderança na sociedade atual.

A segunda fase do estudo permitiu explorar as semelhanças e diferenças nas identidades já identificadas ao nível das interligações e articulações existentes entre as identidades biográficas e relacionais - as Identidades Reivindicada, Atribuída, Idealizada e Rejeitada - nas categorias da Visão da Profissão, da Visão dos Cuidados e da Visão do Alvo de Cuidados. As identificações e diferenciações que ocorrem nestas dimensões e categorias permitem entender como se pode desenvolver a Identidade de Liderança nestas diferentes formas de profissionalidade. Enquanto umas identidades são mais passivas e generalistas, outras são mais proativas e peritas, tendo os sujeitos destas últimas um papel transformador de práticas profissionais e de transições identitárias sobre os primeiros sujeitos, ou seja, os que se identificam com as identidades proativas.

A liderança foi considerada, tal como Komives et al. (2013) definem, um processo ético relacional, em que uma coletividade exerce relações de liderança sobre outra, sendo os líderes também liderados na construção de um projeto comum. O que distingue a identidade de liderança dos enfermeiros, nesta pesquisa, e a identidade de liderança dos estudantes da pesquisa de Komives et al. (2013) são os pressupostos ou as propriedades

dos líderes. De facto, os enfermeiros reclamam uma liderança baseada não só em comportamentos ou características de liderança (inovação, transformação e projetos comuns) como também em propriedades que conferem especificidade ao profissional enfermeiro, desde a Visão da Profissão de Enfermagem, passando pela Visão dos Cuidados e pela Visão do Alvo de Cuidados.

No entanto, a Teoria da Identidade de Liderança de Komives et al. (2013) permite entender que existe a possibilidade de conceber uma Identidade de Liderança nos Enfermeiros e que os enfermeiros podem ser capacitados a desenvolverem a liderança nas suas relações profissionais.

Efetivamente, o desenvolvimento de identidades de liderança poderá contribuir para a autonomização da profissão e do cuidar, ao criar pessoas autónomas, crítico-reflexivas, peritos que se baseiam na experiência e na melhor evidência científica, numa rede de apoio e suporte noutras identidades de liderança (formais e informais) e num contexto organizativo colaborativo, em que se atingirá o reconhecimento profissional entre os pares significativos, os utentes, os outros profissionais de saúde e a sociedade.

Para isso, são importantes as contribuições para uma identidade de liderança na enfermagem, na identificação dos líderes formais e informais, para a mudança e inovação das práticas no exercício profissional e como desencadeadores de transições identitárias para Identidades de Liderança em Enfermagem.

Os líderes que estiveram presentes nos processos de liderança dos enfermeiros, nesta pesquisa, são os líderes clínicos ou líderes informais, os enfermeiros-chefes e os professores de enfermagem que apresentaram uma identidade de liderança em enfermagem, contribuindo estes agentes para a promoção e desenvolvimento da liderança nos seus contextos de trabalho e, conseqüentemente, nos enfermeiros e nos cuidados. Estes líderes apresentam funções e possibilidades de influência distintas, conforme os contextos de (re)construção identitária dos enfermeiros, desde a formação académica aos locais de trabalho e até à comunidade de saúde e à sociedade.

Os líderes clínicos, devido à proximidade da relação e das práticas, são os líderes mais influentes neste processo, sem, no entanto, diminuir a importância dos outros líderes – enfermeiros-chefes e professores de enfermagem – que além de exercerem a sua identidade de liderança, capacitando e desenvolvendo liderança, devem apoiar e suportar os líderes clínicos para a promoção dessas identidades de liderança nos contextos de trabalho.

Note-se que, as oportunidades de promover e desenvolver liderança são múltiplas, passam por observar o desempenho do líder nos comportamentos, atitudes, práticas, formas de pensar e atuar:

- na expressão do pensamento crítico-reflexivo, nas atuações;
- na promoção de climas colaborativos, de proximidade, de tolerância, de diálogos e de aprendizagem;
- no desenvolvimento da inovação, da mudança e da autonomia no pensar e no agir profissional;
- na concordância dos discursos e conhecimentos de perito no desempenho;
- na comunicação e atitudes assertivas e de proximidade com os alvos de cuidados e os elementos das equipas;
- na procura contínua dos conhecimentos e na articulação dos conhecimentos teóricos e práticos, ao nível de perito;
- no desejo do seu desenvolvimento profissional e dos seus pares;
- na forma como ultrapassam dificuldades e respondem a ambientes de saúde imprevisíveis e em constantes mudanças;
- no trabalho de equipa, no incentivo, no apoio e no suporte na evolução do *Outro*, incrementando a autoestima e a motivação;
- na liderança de projetos, de equipa e de trabalho para a prossecução de determinados objetivos comuns;
- na capacidade de resolução de conflitos;
- na proposta de melhoria dos cuidados e da equipa.

A identificação dos líderes e dos processos de liderança, identificados nesta pesquisa, permite traçar implicações para o desenvolvimento de uma identidade de liderança nos locais de trabalho e nos locais de formação, sendo considerada a liderança como mediadora da formatividade formal e informal e da identidade nestes contextos formativos.

O reconhecimento dos líderes, pelos enfermeiros que participaram na pesquisa, passa pela existência da Visão da Profissão de Enfermagem como autónoma e com um campo disciplinar distinto de outras profissões, com relações privilegiadas com o Alvo de Cuidados que distingue o profissional de enfermagem, com funções autónomas e interdependentes. Estas funções exigem, por sua vez, a capacidade crítica e interventiva na equipa interdisciplinar, que idealiza o reconhecimento social, através da construção de

um projeto comum de transformação profissional capaz de demonstrar o valor destes profissionais para as equipas, para os cuidados, para o alvo de cuidados e para a sociedade.

Os líderes identificam-se, também, pela sua visão dos cuidados, na valorização das competências periféricas científicas e cognitivas e na revalorização das competências nucleares relacionais, em cuidados prestados ao nível da perícia clínica, com conhecimentos e experiências que se coadunam com esse nível de perito, que partilham com os seus pares e com a visão de cuidados inovadores como a gestão de projeto e gestores de caso. A forma como percecionam o alvo de cuidados, também, influencia na identificação do líder, quer no respeito pelo poder decisório do alvo de cuidados, quer na visão de forma holística do(s) sujeito(s) que cuida(m), quer no respeito pela ética nas tomadas de decisão do enfermeiro.

As influências de outros grupos profissionais de saúde, também, foram objeto de estudo, mas ao longo do tratamento, apresentação, análise e discussão dos dados, percebeu-se que esta influência, apesar de existente porque inerente ao trabalho de equipa, não se evidencia em forma de liderança ou referência profissional. Considera-se que a maioria dos enfermeiros entrevistados apresenta uma diferenciação destes profissionais na sua profissionalidade, permitindo afirmar-se como profissão distinta, apesar disso, as diversas identidades profissionais dos enfermeiros entrevistados foram enquadradas num trabalho de equipa ora subordinativo, ora desligado, ora de desenvolvimento recíproco.

### **Implicações para o exercício profissional**

Nos contextos de trabalho, os processos de liderança comuns aos líderes formais e informais, que influenciam as práticas e as identidades profissionais dos enfermeiros, referem-se à: proliferação de diálogos e debates construtivos; climas de aprendizagem, partilha e tolerância; relacionamentos de suporte e apoio; aproximação dos diversos atores e autores da profissão Enfermagem e construção de um projeto comum. Desta forma, conhecendo as características dos líderes e os seus processos de liderança, será possível favorecer os contextos formativos e de trabalho para que estes processos ocorram de forma contínua e dinâmica, num processo relacional de liderança, tal como Komives et al. (2013) preconizam.

O líder informal, além de ser reconhecido pelas propriedades comuns que distinguem os líderes dos enfermeiros, apresenta a especificidade das características de equipa, denominada como a coesão, reconhecendo os pontos que unem a pessoa ao grupo

(identificação). Além disso, permitem o suporte e o apoio entre a equipa e a diversidade que são os pontos que diferenciam a pessoa do grupo (identização), mas que têm como objetivo o bem comum e o desenvolvimento da equipa, permitindo contribuir em função dos interesses e potencialidades para o desenvolvimento da equipa.

Apesar dos processos comuns, cada profissional líder nos seus contextos de trabalho, também, tem uma responsabilidade específica no desenvolvimento dessa identidade de liderança. Os líderes informais ou líderes clínicos poderão recorrer à supervisão clínica formal num enfermeiro recém-licenciado, ou à supervisão colaborativa com pares experientes e colaborar nas formações de liderança proporcionadas pelo serviço ou instituições de saúde e de formações académicas.

### **Implicações para a gestão**

Relativamente aos enfermeiros-chefes, estes podem optar pelo distanciamento em relação aos enfermeiros, ou pelo contrário, colaborar nas suas transições identitárias e no seu desenvolvimento profissional, logo no melhoramento e aperfeiçoamento das práticas dos enfermeiros. O enfermeiro-chefe para ser considerado líder, além das competências já referidas que são comuns a todos os líderes ou referências profissionais dos enfermeiros, apresenta a particularidade na coexistência nas competências de liderança e da gestão, com implicações na autoridade e no poder, conseguindo exercer influência no grupo como referência profissional ou líder.

Os enfermeiros-chefes líderes na sua responsabilidade de desenvolver identidades de liderança em enfermagem terão, ainda, como processos: a supervisão clínica formal dos enfermeiros; a realização de parcerias entre o líder formal e os seus líderes informais como defende a liderança Transformacional; a procura de formações e a oferta de formações aos enfermeiros da equipa na área do desenvolvimento da liderança; e a promoção de oportunidades de desenvolvimento dessa liderança.

### **Implicações para a docência**

Aos professores de enfermagem, também, foram reconhecidos comportamentos de distanciação e outros de identificação, quando considerados como referências profissionais. O que lhes permite serem identificados como líderes são particularidades similares aos dos líderes de enfermagem, já referidas, mas também pontos específicos. A especificidade observa-se na forma como a sua profissão é visualizada pelos enfermeiros, isto é, como modelos e complementares ou referências profissionais, conforme as

identidades profissionais assumidas. As relações decorrentes destas visões da profissão de professor podem ser aproveitadas pelos professores para transformar identidades. Outras especificidades reconhecidas nos professores são as competências formativas, inseridas no Modelo Socioconstrutivista do ensino de Enfermagem, conseguindo formar profissionais mais preparados para assumir identidades de liderança.

Aliás, os professores de enfermagem poderão participar na promoção e desenvolvimento da identidade de liderança dos enfermeiros como líderes formais ao fomentar a liderança nos seus alunos, aplicando formas de aprendizagens proativas próprias do Modelo Socioconstrutivista da aprendizagem. Para além deste ensino e desenvolvimento de competências de lideranças na formação académica, a constituição de comunidades de aprendizagem nos ensinamentos clínicos, proporciona o exercício de liderança formal dos professores de enfermagem nos estudantes e de liderança informal dos professores de enfermagem na parceria com os enfermeiros do serviço. O desenvolvimento da investigação em centros de inovação e desenvolvimento possibilita a participação dos professores e enfermeiros na produção de investigação sobre as práticas profissionais.

### **Principais Contributos**

Ao desenvolver-se a identidade de liderança nos enfermeiros, além de contribuir para transições identitárias, também, se contribui para o aperfeiçoamento das práticas e até mudanças e inovações nos cuidados, permitindo que todos os autores de Enfermagem tenham o seu papel no desenvolvimento da Enfermagem como disciplina e como profissão.

Estes processos de liderança são possíveis de desenvolver nas escolas, nos serviços pelos enfermeiros-chefes e pelos enfermeiros na prestação direta dos cuidados. Existirão outros processos que surgirão da dinâmica das relações das diversas identidades profissionais de liderança que se desenvolvam, num clima de reciprocidade em prol de um projeto comum de liderança em enfermagem, para o desenvolvimento da disciplina, da profissão e dos cuidados.

Deste modo, as implicações do desenvolvimento de identidades de liderança serão importantes para a prestação direta de cuidados, conseguindo uma maior identificação com a profissão de Enfermagem, um maior envolvimento no seu desenvolvimento profissional e dos seus pares significativos e uma prática de cuidados mais fundamentada na melhor evidência e contextualizada, para práticas criativas e inovadoras.

As implicações deste desenvolvimento de uma identidade de liderança permitirão, ao enfermeiro-chefe na área da gestão, aliar o papel de líder ao de gestor. O enfermeiro-chefe além de progredir na sua equipa, junto dos enfermeiros, nessa identidade de liderança, também, estimula a liderança através da supervisão, das parcerias e de um ambiente colaborativo, de empoderamento de lideranças partilhadas e no reconhecimento da existência de líderes informais. O líder formal terá que se aliar aos líderes informais na realização de parcerias para o reforço da identidade de liderança e da sua difusão na equipa.

Já nas instituições de formação dos enfermeiros, estas implicações trarão contributos para reforçar a exigência de um ensino mais socioconstrutivista, para formar profissionais crítico-reflexivos, inovadores e participativos, com formações na capacitação e desenvolvimento de liderança clínica em construção, pela criação de redes entre os locais de ensino e de trabalho. Assim, consegue-se uma transição para o mundo do trabalho mais realística e com reconhecimento de possibilidades de mudança, como a realização de investigações que possam, não só ter resultados a nível académico ou disciplinar, mas também que esses ganhos resultem da transformação dos cuidados e dos diversos intervenientes no processo investigativo (professores, enfermeiros e alvos de cuidados).

Esta investigação permite constatar a necessidade da implementação de programas de desenvolvimento de liderança nas escolas e nos locais de trabalho em Portugal, para fomentar a identidade de liderança na profissão. Os programas de liderança permitirão aos estudantes e profissionais definir liderança, (re)conhecer processos de liderança e de líderes, tal como promover o envolvimento e o ativismo profissional, conforme as suas identidades profissionais, e contribuir para as transições identitárias com a interligação de diversos elementos possuidores dessas identidades que se possam desenvolver em grupo.

Os conceitos e as interligações realizadas nesta investigação podem ser importantes, para identificar as referências existentes nos contextos de trabalho e de formação, que podem melhorar a qualidade dos cuidados, e no aumento de uma identificação profissional de liderança nos profissionais de enfermagem.

Ademais, esta pesquisa permitiu reconhecer as atividades de proliferação de liderança como: providenciar oportunidades de desenvolvimento de lideranças nas instituições escolares e nos contextos de trabalho; promover debates, reflexões de grupo entre os diversos elementos das identidades identificadas, com a contribuição dos líderes

informais e formais nesses processos de desenvolvimento de liderança; promover oportunidades de os enfermeiros usarem a sua voz, para poderem participar ativamente nas escolas e nas instituições.

### **Sugestões para investigações futuras e limitações do estudo**

As possíveis implicações desta investigação são diversas, no entanto, no desenrolar da pesquisa foram surgindo algumas dúvidas que não foram esclarecidas com esta investigação, porque não eram o seu objeto de estudo, as questões que poderão ser desenvolvidas em futuras investigações são:

- Os contextos de trabalho terão possibilidade de oferecer condições para o desenvolvimento desses processos de liderança?
- Quais os contextos de trabalho e instituições académicas que conseguem conjugar a parceria entre os líderes informais e formais?
- Quais são os contextos de climas de trabalho colaborativos, de tolerância capazes de propor e implementar inovações nos serviços e nos cuidados?
- Os enfermeiros-chefes estarão dispostos a partilhar as suas lideranças, diminuindo o controlo sobre as suas equipas?
- A capacitação e o desenvolvimento de identidades de liderança nas instituições académicas conseguir-se-ão com a lecionação de uma disciplina específica, ou inserindo competências no currículo de forma transversal em todas as disciplinas dos currículos das formações académicas dos enfermeiros?
- Nas instituições escolares, os estudantes têm a possibilidade de participar no desenvolvimento dessa identidade de liderança, nas associações de alunos, na participação em mudanças nas instituições académicas, em reuniões de carácter organizativo das instituições, com a divulgação de opiniões e ideias nos jornais e/ou revistas da instituição, na cooperação voluntária em projetos de investigação como participantes e investigadores, ou em projetos para a comunidade apoiados pelas instituições e professores, no confronto de ideias em debates ou outras iniciativas?
- Que oportunidades de liderança foram dadas aos líderes identificados nesta pesquisa para desenvolver liderança?

Estas são questões que poderão ser desenvolvidas em investigações futuras; a presente investigação apresentou algumas limitações, visto ser um tema tão vasto, e tendo

tempo delimitado, mas seria interessante seguir estes participantes e saber como e de que forma as identidades profissionais se transformarão, para conhecer se todos, ou quais, desenvolveram a identidade de liderança.

De facto, uma das limitações foi a duração e a complexidade dos instrumentos utilizados, nomeadamente, a recolha dos discursos durou cerca de 3h30m em cada participante, o que dificultou a possibilidade de uma amostra maior, dificuldade ultrapassada com a saturação dos dados. Porém, tal não invalida que se coloque a questão: se a amostra fosse maior e se a cobertura nacional fosse mais abrangente, isso permitiria identificar outras identidades mais prevalentes?

De frisar que os instrumentos de recolha de dados de Zavalloni e Louis-Guérin (1984) foram essenciais para esta investigação, tal como a conjugação da Teoria das Representações Sociais com a Teoria da Identidade dinâmica e como processo biográfico e relacional de Dubar (1997), conseguindo corresponder aos objetivos traçados. Contudo, surgiram dados interessantes para a profissão na temática da liderança que não eram o propósito desta investigação e que se esperam analisar e discutir noutros âmbitos.

Este instrumento de recolha de dados exigiu muito o contacto com a investigadora e foi caracterizado como reflexivo pelos participantes, tendo alguns recusado participar exatamente por esse motivo. Participaram, então, elementos de alguma forma envolvidos e empenhados na profissão, os que recusaram participar teriam outro tipo de identidades?

Para concluir, apesar das dúvidas e das limitações com as quais esta investigação se deparou, esta também expôs importantes contribuições para se estudar a liderança não só como faculdade do líder formal, mas reconhecendo outras formas de estudar e perceber a liderança em Portugal desejável e presente em todas as categorias e cargos profissionais da profissão de Enfermagem, assim como acrescentar elementos que reforcem a Teoria da Identidade de Liderança de Komives et al. (2013) com vista à promoção de lideranças dos enfermeiros como profissionais e cidadãos participativos.

## Referências bibliográficas

- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. C. (2001). *Identidades, formação e trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. C. (2003). Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência da saúde? *Cadernos Sinais Vitais 1*. Coimbra: Formasau.
- Abric, J. C. (2000) “A abordagem estrutural das representações sociais”. In Moreira, A. S. P., Oliveira, D. C. (orgs) *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2ª ed. Goiânia: AB Editora. 27-38.
- Adelman-Mullally, T., Mulder, C. K., McCarter-Spalding, D. E., Hagler, D. A., Gaberson, K. B., Hanner, M. B., Oermann, M. H., Speakman, E. T., Yoder-Wise, P., S., & Young, P. K. (2013). The clinical nurse educator as leader. *Nurse Education in Practice*, 13(1), 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.07.006>.
- Aguar-Conraria, L., Alexandre, F., & Pinho, M. C. (2010). O euro e o crescimento da economia portuguesa: uma análise contrafactual. *Análise Social*, 203, XLVII (2.º), ISSN online 2182-2999. <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1341932946Y9vQN8oq3L110KW9.pdf>
- Alarcão, I. (1996) *Formação reflexiva de professores. Estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I., & Canha, B. (2013). *Supervisão e colaboração: uma relação para o desenvolvimento*. Porto: Porto Editora.
- Alleyne, J., & Jumaa, M. O. (2007). Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: the role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. *Journal Of Nursing Management*, 15(2), 230–243.
- Almeida, A. C. M. C. (2012). *Satisfação dos enfermeiros face ao estilo de liderança*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Especialização em Gestão de Serviços de Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa
- Al Sayah, F., Szafran, O., Robertson, S., Bell, N. R., & Williams, B. (2014). Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19/20), 2968–2979. <https://doi.org/10.1111/jocn.12547>

- Alves, J. (1995). *A liderança em Enfermagem: os enfermeiros chefes como líderes*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Alves, J. (2010). *A liderança e a inteligência emocional dos enfermeiros: chefes e especialistas*, Dissertação de Mestrado em Gestão. Universidade Católica de Viseu, Viseu.
- Alves, T. (1992). *A gestão do conflito interpessoal: opinião dos enfermeiros sobre métodos, aspetos positivos e negativos e influência do estilo de liderança*. Dissertação do 4º C.A.S.E, Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Amendoeira, J. (2009). Ensino de Enfermagem. Perspetivas de desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*, nº1, vol, 13. 3-12. ISSN 0873-8904.
- Andrade, M. A. A. (2000) A identidade como representação e a representação da identidade. In Moreira, A. S. P., Oliveira, D. C. (Orgs) *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2ª ed. Goiânia: AB Editora. 141-150.
- Andrew, N., & Robb, Y. (2011). The duality of professional practice in nursing: Academics for the 21st century. *Nurse Education Today*.31(5), 429-433.
- Antunes, L. (2004). As aspirações e trajetórias sociais dos estudantes de enfermagem e o confronto com (a futura) realidade profissional. *Actas dos Ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. Atelier: Saúde*. Disponível em [http://www.aps.pt/cms/docs\\_prv/docs/DPR46281817816ca\\_1.pdf](http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR46281817816ca_1.pdf)
- Araújo, B. R. (2005). *Vivências, satisfação e rendimento académicos em estudantes de enfermagem*. Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Arvidsson, B, Löfgren, H., & Fridlund, B. (2001). Psychiatric nurses' conceptions of how group supervision programme in nursing care influence their professional competence: a 4-year follow-up study. *Journal of Nursing Management*, 9, 161-171.
- Azevedo, C. S (2002). Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2), 349-361.
- Azevedo, P. (1999). *Quais os estilos de liderança dos enfermeiros chefes do Hospital de Chaves*. Dissertação do 1º C.A.S.E. - Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição. Universidade Católica Porto, Porto.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. 5ª ed. Lisboa: Edições 70.

- Batista, P. (2007). *A influência da liderança nas relações interpessoais dos profissionais de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Universidade da Beira Interior, Beira Interior.
- Baxter, S. K., & Brumfitt, S. M. (2008). Professional differences in interprofessional working. *Journal of Interprofessional Care*, 22(3), 239–251. DOI: 10.1080/13561820802054655.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bento, M. C. (1997). *Cuidados e formação em Enfermagem, que identidade?* Lisboa: Fim de Século Edições.
- Bento, M. C. (2001). Formação em Enfermagem: que caminho? *Revista Sinais Vitais*, nº35, 29-34.
- Bettancourt, L., Muñoz, L. A., Merighi, M. A. B., & dos Santos, M. F. (2011). Nursing teachers in clinical training areas: a phenomenological focus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 19(5), 1197–1204. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500018>.
- Boyd, P., & Lawley, L. (2009) Becoming a lecturer in nurse education: The work-place learning of clinical experts as newcomers. *Learning in Health and Social Care* 8(4), 292-300.
- Caetano, J., M., & Rico, N., M. (2014). A dimensão social da União Económica e Monetária Europeia: das suas razões aos instrumentos de concretização. *In Que Europa(s)? Contextos e desafios. Debater a Europa*, jul. – dez, nº 11. [http://dx.doi.org/10.14195/1647-6336\\_11\\_22](http://dx.doi.org/10.14195/1647-6336_11_22).
- Canário, R. (2003). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto editora.
- Canário, R. (2016). Trabalho e formação de adultos: entre o ser e o ter. *Revista Contemporânea de Educação, Vol. 11, Nº 22*. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro. ISSN 1809-5747. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/rce/article/view/2700/7136>>
- Canilho, P. (2007). *Liderança na Enfermagem e a maturidade das equipas: uma abordagem situacional*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade da Beira Interior, Beira Interior.
- Carapinheiro, G. (1993) *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento. Centro de Estudos Sociais.
- Cardoso, R. J. M. (2012). *Visibilidade da Enfermagem em meios de comunicação social portugueses de cariz informativo da internet*. Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Supervisão Clínica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

- Carper, B., A (1978). Fundamental patterns of knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*. 1 (1), 13–24.
- Chávez, E. C., & Yoder, L. H. (2015). Staff nurse clinical leadership: A concept analysis. *Nursing Forum*, 50(2), 90–100. <https://doi.org/10.1111/nuf.12100>
- Chiavenato, I. (1999). *Administração nos novos tempos: os novos horizontes em administração*. São Paulo: Makron.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: LUSOCIÊNCIA-Edições Técnicas e Científicas L.da., 2ª edição.
- Correia, J. A. (1998). *Os lugares comuns na formação de professores*. Porto: Edições ASA.
- Correia, M. A. M. L. da C. (2012). *Do aprender a ensinar a cuidar: Construção de um modelo explicativo*. Doutorado em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Costa, A. A. C. (2008). *Oferta de atividades formativas em contexto de trabalho no âmbito da formação profissional contínua em enfermagem: estudo de caso*. Tese de Mestrado, Ciências da Educação, Especialização em Formação de Adultos, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Costa e Silva, A. M. (2003). *Formação, percursos e identidades*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cowan, J. (2002). *Como ser um professor universitário inovador. Reflexão ação*. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M., & Stafford, E. (2009). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int. J. Nurs. Stud.*, vol. 49 (3), 363- 385.
- Dejours, C. (1991). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. Tradução de Paraguay de: Ferreira, A. I., Leal, L. São Paulo: Cortez Editora.
- D’Espiney, L. (2003). Formação inicial / Formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. (2ª ed.) In Canário, R. (Org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, 169-188.
- D’Espiney, L. M. C. A. (2010). *Enfermeiros nas comunidades: produção de cuidados e reconstrução identitária*. Doutorado em Educação, Especialização: Formação de Adultos. Instituto de Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Dias, C. (2001). *A liderança em Enfermagem: estudo do líder, do liderando e da motivação*. Dissertação Mestrado Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Dias, M. (1992). *Liderança na administração de serviços de enfermagem: efeito das variáveis situacionais no estilo de liderança*. Dissertação do 4º C. A.S. E. - Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Downey, M., Parslow, S., & Smart, M. (2011). The hidden treasure in nursing leadership: informal leaders. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 517–521. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01253.x>
- Dubar, C. (1997). *A Socialização – Construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora.
- Dubar, C. (2006). *A Crise das identidades. A Interpretação de uma mutação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ennis, G., Happell, B., & Reid-Searl, K. (2015). Clinical leadership in mental health nursing: the importance of a calm and confident approach. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(1), 57–62. <https://doi.org/10.1111/ppc.12070>.
- Escobar, L. (2004). *O sexo das profissões. Género e identidade socioprofissional em Enfermagem*. Porto: Edições Afrontamento.
- Esteves, A. (2012). *A Construção da identidade profissional do enfermeiro em bloco operatório*. Mestrado em Gestão Estratégica de Recursos Humanos. Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigma of nursing: presente status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16 (3), 84-89.
- Fernandes, M. R. (2000). *Mudança e inovação na Pós-Modernidade. Perspetivas curriculares*. Porto: Porto Editora.
- Fernandes, R. & Vieira, M. (2011). Estudos sobre a liderança na Enfermagem em Portugal. *Atas do V Seminário de Investigação em Enfermagem*. Universidade Católica Porto.
- Fernandes, R., Vieira, M. & Araújo, B. (2015). Metassíntese de estudos sobre a liderança em Enfermagem em Portugal. *Revista de Investigação em Enfermagem*, n.º 12, 2ª série, agosto, 29-38.
- Fernandes, S. R. (2007). *A avaliação de desempenho como estratégia de negociação identitária*. Mestrado em Ciências da Educação, Especialização em Avaliação em Educação. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

- Fernandes, S. R. (2011). A avaliação de desempenho como estratégia de negociação identitária. *Revista Educação, Sociedade & Culturas*, 34, 117- 136.
- Ferrão, M. (2008). *Liderança do enfermeiro chefe e motivação dos enfermeiros subordinados no centro hospitalar Cova da Beira, EPE e no Hospital São Teotónio, EPE*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade da Beira Interior, Beira Interior.
- Ferreira, M. (2005). Alguns fatores que influenciam a aprendizagem do estudante de enfermagem. *Millenium*, 150–173.
- Figueiredo, A. M. F. S. (2013). *Missionários, conservadores e visionários: itinerários tipo na reconfiguração profissional dos professores de enfermagem*. Doutoramento em Educação, Área de Formação de Adultos. Instituto de Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Figueiredo, A. S. (2004). *À conquista de uma identidade. Enfermeiros recém-formados entre o Hospital e o Centro de Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Forbes, H. (2010). Clinical teachers' approaches to nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5/6), 785–793. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03078.x>.
- Fradique, M. J. J. G. (2012). *Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Universidade da Beira Interior, Ciências Sociais e Humanas, Beira Interior.
- Frederico-Ferreira, M. & Silva, C., F., R. (2012). Reformas da gestão na saúde – desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - n.º 8, dez., 85-93.
- Freire, J. M. C. G. (2014). *Poder médico e identidade profissional dos enfermeiros: estratégias de revalorização profissional da Enfermagem*. Mestrado de Gestão de Recursos Humanos. School of Economics & Management, Lisboa.
- Furtado, L. (2010). *O impacto da liderança situacional na satisfação e rotatividade dos enfermeiros dos hospitais da Região Autónoma dos Açores*. Dissertação de Mestrado, Gestão/MBA. Universidade dos Açores, Ponta Delgada.
- Gandra, M. (1993). *A liderança situacional em Enfermagem*. Dissertação do 5º C.A.S.E., Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Garcia, I. & Santa-Bárbara, E. (2009). Relação entre estilos de liderança e bases de poder das enfermeiras. *Rev. latino-am. Enfermagem*, vol. 17 (3), 295-301. ISSN 1518-8345
- Garcia, J. J. (2008). *Inteligência emocional e liderança nas competências de gestão em Enfermagem: um estudo exploratório com enfermeiros chefes e enfermeiros colaboradores*. Dissertação Mestrado Intervenção Socio-Organizacional na Saúde. Universidade de Évora, Évora.

- Garrido, A., Simões, J. & Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em Enfermagem perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, Comissão Editorial.
- Giddens, A. (1996). *As consequências da modernidade*. Oeiras: Celta Editora.
- Giddens, A. (2001). *Modernidade e identidade pessoal*. Oeiras: Celta Editora.
- Gilmartin, M. J., & Nokes, K. (2015). A self-efficacy scale for clinical nurse leaders®: results of a pilot study. *Nursing Economic\$, 33(3)*, 133–143.
- Goffman, E. (1993). *A Apresentação do eu na vida de todos os dias*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Gonçalves, C. A. F. N. (2013). *Conhecimento profissional e profissionalidade docente em Enfermagem: o contributo do pensamento docente*. Doutoramento em Educação, Especialidade de Formação de Professores. Instituto de Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Gonçalves, M. (2008). *Estilos de Liderança: um estudo de auto-perceção dos enfermeiros gestores*. Dissertação de Mestrado em Ciências Empresariais. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Gottlieb, L., Gottlieb, B., & Shamian, J. (2012). Principles of strengths-based nursing leadership for strengths-based nursing care: a new paradigm for nursing and healthcare for the 21st century. *Nursing Leadership, 25(2)*, 38–50. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2012.22960>
- Guerra, M. (2009). *Estilos de liderança do enfermeiro chefe e satisfação dos enfermeiros da Sub-região de Saúde de Viseu*. Dissertação de Mestrado em Gestão. Universidade Católica de Viseu, Viseu.
- Guerrinha, J. (1992). *A perceção dos enfermeiros face ao tipo de liderança*. Dissertação do 4º C. A. S. E., Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de Humanidade, emergir com o autor do seu próprio pensamento*. Loures: Lusociência.
- Holme, A. (2015). Why history matters to nursing. *Nurse Education Today, 35(5)*, 635–637. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.007>.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (1987). Curso de Enfermagem Geral: Plano de Estudos e Programas. Despacho de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde em 24/09/1987. Lisboa. INSRJ
- Jesus, Â. (2006). *Inteligência social e emocional: contributos para uma liderança eficaz em profissionais de enfermagem*. Dissertação Mestrado Intervenção Socio-Organizacional na Saúde. Universidade de Évora, Évora.

- Jesus, É. H., Pinto, A. M., Fronteira, I. S. E., & Mendes, A. M. O. C. (2014). Estudo RN4Cast em Portugal: percepção dos enfermeiros sobre Burnout. *Revista Investigação em Enfermagem*, nov., nº 9, 2ª série, 47-59
- Jesus, F. J. S. (1995). *Liderança situacional nos serviços de enfermagem do Hospital de S. Francisco Xavier*. Dissertação do 5º C.A.S.E., Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Jodelet, D. (2001). *As representações sociais, 1989*. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tradução: Lilian Ulup.
- Johns, C. (2003). Clinical supervision as a model for clinical leadership. *Journal of Nursing Management*, 11(1), 25–35. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2002.00288.x>
- Junqueira, M. (2006). *Liderança do enfermeiro chefe e motivação dos enfermeiros subordinados*. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública. Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Kaufmann, J. C. (2005). *A invenção de Si: uma teoria da identidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson S. A.
- Komives, S. R., Lucas, N., & McMahon, T. R. (2013). *Exploring leadership: for college students who want to make a difference*. 3rd Edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass ISBN: 978-1-118-39947-7.
- Kvarnström S. (2008). Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), 191–203. DOI: 10.1080/13561820701760600.
- Le Grand, J. L. (2001) Implexité: implications et complexité. Disponível em <http://www.barbierrd.nom.fr/JLLLeGrandImplexite.html>.
- Lemos, E. R. (2008). *Profissão de enfermeiro – Compreensão sociológica da identidade profissional*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2013). *Investigação qualitativa fundamentos e práticas* (5ª Edição). Chelas: Instituto Piaget. ISBN: 9789896591021
- Lingard, L., Reznick, R., DeVito, I., & Espin, S. (2002). Forming professional identities on the health care team: discursive constructions of the ‘other’ in the operating room. *Medical Education*, 36(8), 728–734. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01271.x>

- Lopes, A. (1993). *A Identidade docente. Contribuindo para a sua compreensão*. Trabalho de Síntese para Provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica, elaborado conforme o disposto no n° 1 do art° 58° do Decreto-Lei n° 448/79 de 13 de novembro. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Lopes, A. (2001). *Libertar o desejo resgatar a inovação – A construção de identidades profissionais em docentes*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Lopes, A. (2002). As identidades dos(as) professores(as) portugueses(as) e o lugar da relação nos saberes profissionais. In *XII Colóquio da AFIRSE, A Formação de professores à luz da investigação*, FPCE, Lisboa.
- Lopes, A. (2013). Para uma identidade dialética e comunicacional em Enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 47(3), 525–526. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300001>.
- Lopes, A., Mouraz, A., Pereira, F., & Sousa, R. (2013). Formação inicial de profissionais de ajuda e identidades dos formadores: o caso da Enfermagem. In Lopes, A. (Org.). *Formação inicial de professores e de enfermeiros: identidades e ambientes*. Coleção Educação, 121-134. Porto: Livpsic.
- Lopes, J., L., O. (2012). *Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso. A experiência vivida da pessoa com problemas de adição*. Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Lopes, N. M. (2001). *Recomposição profissional da Enfermagem – Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Loureiro, R. (2005). *Liderança em Enfermagem: satisfação dos enfermeiros segundo o tipo de liderança da chefia*. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Luz, D. A. (2005). *Do fazer ao ser: representação social do enfermeiro para o aluno de enfermagem*. Doutoramento em Psicologia, Especialidade em Psicologia Social. Universidade Aberta, Lisboa.
- Maciel, C. M. F. (2011). *Mudança organizacional e liderança em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Administração e Gestão Pública. Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Magalhães, D., Lopes, M., & Fonseca, A. (2013). Processos e modelos de raciocínio na tomada de decisão: contributos conceptuais e interrogações. In F. Mendes, L. Gemito, D. Cruz, & M. Lopes (Coords.), *Enfermagem contemporânea: dez temas, dez debates* (46-71). Évora: Ed. Universidade de Évora. Disponível em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/10343/1/tomada%20decisao.pdf>
- Marquis, B., & Huston, C. (1999). *Administração e liderança em Enfermagem: teoria e aplicação*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.

- Marta, M., Lopes, A., Pereira, F., & Leite, M. (2014). A relevância profissional da formação de professores e enfermeiros no ensino superior: uma análise a partir das identidades dos formadores. *Revista Lusófona de Educação*, (27), 75–91.
- Marta, M. M. C. (2012). *A construção da identidade dos educadores de infância em Portugal na primeira década do novo milénio: entre o público e o privado*. Tese de Programa Doutoral em Ciências da Educação. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Martin, J., McCormack, B., Fitzsimons D., & Spirig, R. (2012). Evaluation of a clinical leadership programme for nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 20, 72-80. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2011.01271.x
- Matos, M. S. (1999). *Teorias e práticas da formação. Contributos para a reabilitação do trabalho pedagógico*. Coleção Biblioteca Básica de Educação e Ensino. Porto: Edições ASA
- Matos, M. S. (1999a). A avaliação entre o trabalho e a reflexão. In Correia, J. A. (Org.), *Formação de professores: da Racionalidade instrumental à ação comunicacional*. Porto: Edições ASA. 59-76.
- McNamara, M. S., Fealy, G. M., Casey, M., Geraghty, R., Johnson, M., Halligan, P., Treacy, P., & Butler, M. (2011). Boundary matters: clinical leadership and the distinctive disciplinary contribution of nursing to multidisciplinary care. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (23/24), 3502–3512. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03719.x>.
- McNamara, M. S., Fealy, G. M., Casey, M., O'Connor, T., Patton, D., Doyle, L., & Quinlan, C. (2014). Mentoring, coaching and action learning: interventions in a national clinical leadership development programme. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (17/18), 2533–2541. <https://doi.org/10.1111/jocn.12461>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company, LLC: New York.
- Melo, M. B., Barbosa, M. A., & Sousa, P. D. (2011). Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. *Rev.latino-am. Enfermagem*. Vol. 19 (4), [9 telas]. ISSN 0104-1169.
- Mendes, F. R. P., & Mantovani, M. de F. (2010). Current dynamics of nursing in Portugal: nurses' representations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 209–215. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200007>.
- Mendes, S. C. D. (2014). *Os estilos de liderança e a sua relação com a satisfação no trabalho: o caso dos profissionais de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho, Braga.

- Menezes, M. H. V. F. (2010). *Novos modelos de gestão hospitalar: liderança e satisfação profissional em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Mestrinho, M. de G. (2011). *Profissionalismo e competências dos professores de enfermagem*. Tese de Doutoramento em Educação. Instituto de Educação. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Mestrinho, M. G. (1997). Teoria e prática, uma relação possível. *Sinais Vitais*, nº11, mar., 35-38.
- Mohammad, S. I. S., Al-Zeaud, H. A., & Batayneh, A. M. E. (2011). The relationship between transformational leadership and employees' satisfaction at Jordanian private hospitals. *BEH- Business and Economic Horizons*, vol. 5 (2), 35-46. ISSN 1804-1205
- Moreira, F. & Ferreira, E. (2014). Teoria, prática e relação na formação inicial na Enfermagem e na docência. *Educação, Sociedade e Culturas*, (41), 127–148.
- Moscovici, S. (2003) *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Nero, A. C. G. L. P. (2008). *A relação enfermeiro/médico: contribuição para a gestão de conflitos*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta, Lisboa. Disponível em <http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/737>.
- Neto, M. C. B. R. R. V. (2006). *Representação do cuidar em Enfermagem: uma visão de professores e estudantes*. Dissertação de Mestrado em Estudos sobre as Mulheres. Universidade Aberta, Lisboa. Disponível em <http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/554>.
- Neves, O. (1996). *Decisão/participação: uma dimensão crítica da liderança em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Comportamento Organizacional. ISPA, Instituto Universitário, Lisboa.
- Ntieku, K. N. (2014). *O Impacto da liderança no desempenho de equipas de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Empresas, Especialização em Planeamento e Estratégico Empresarial. Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões, Departamento de Ciências Económicas e Empresarias e Tecnológicas, Lisboa.
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em Enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em Enfermagem. *Percursos*, nº 17, jul. – set, 3-9.
- Nunes, L. (2012). Uma linha da matriz de identidade: perfil da enfermeira da I República ao Estado Novo. In *I Encontro Internacional de História Interdisciplinar da Saúde*, Porto. Disponível em

[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4805/1/Perfil%20enfermeira\\_Da%201a%20republica%20ao%20estado%20novo%20%5B2012%5D.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4805/1/Perfil%20enfermeira_Da%201a%20republica%20ao%20estado%20novo%20%5B2012%5D.pdf)

- Nunes, M. I. S. (2014). *Perceção da liderança em Enfermagem: a visão dos líderes e dos liderados*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Gestão de Unidades de Saúde. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Núñez, M. T. S., Fernández-Berrocal, P., Rodríguez, J. M., & Postigo, J. M. L. (2008). Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, nº 5, vol. 6 (2), 455-474. ISSN 1696-2095
- Ogilvie, C. (2012). *The identity work of leadership in a professionalised context: the case of nursing*. Doctor of Philosophy. Warwick Business School, The University of Warwick, United Kingdom.
- O'Neill, M, & Cowman, S. (2008). Partners in care: investigating community nurses' understanding of an interdisciplinary team-based approach to primary care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), 3004–3011. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02068.x>.
- Ordaz, O. (2011). O uso das narrativas como fonte de conhecimento em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 15(1), 70-87.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Caderno Temático – Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Caderno temático – Sistema de individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) - Individualização e reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem - Perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Papathanassoglou, E. D. E., Karanikola, M. N. K., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C., & Albarran, J. W. (2012). Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *American Journal of Critical Care*, 21(2), 41-52. <https://doi.org/10.4037/ajcc2012205>.
- Patrick, A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Finegan, J. (2011). Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 449–460. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01238.x>
- Pedro, A. J. M. D. (2011). *Percursos e identidades. A (re)construção da identidade profissional do docente de enfermagem: o olhar dos docentes*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias do Instituto de Ciências da Educação, Lisboa.
- Pereira, F. & Lima, I. (2013). O contexto de formação inicial de enfermeiros na atualidade. In Lopes, A. (Ed.) *Formação inicial de professores e de enfermeiros: identidades e ambientes*, 91-108. Porto: Livpsic.
- Peters, M. (2000). Does constructivist epistemology have a place in nurse education? *The Journal Of Nursing Education*, 39(4), 166–172.
- Peterson, S., J., & Bredow, T., S. (2013). *Middle range theories - Application to nursing research* (3ª Edição). Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Pinheiro, G. M. D., Macedo, A. P. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2014). Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV, nº 2., 101. <https://doi.org/10.12707/RIII1381>.
- Pinheiro, G.M. S. (2012). Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em Enfermagem. Tese de Mestrado em Supervisão, Departamento de Educação, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Disponível em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/10592/1/disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>.
- Pinto, J. M. (1991). Considerações sobre a produção social de identidade. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 32, jun., 217- 231. <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/32/Jose%20Madureira%20Pinto%20-%20Consideracoes%20Sobre%20a%20Producao%20Social%20de%20Identidade.pdf>.
- Pires, A. M. B. (2012). *Ser enfermeira em Portugal da I República à instauração do Estado Novo (1910-1933): leituras na imprensa generalista*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

- Poghosyan, L., Boyd, D., & Knutson, A. R. (2014). Nurse practitioner role, independent practice, and teamwork in primary care. *Journal for Nurse Practitioners*, 10(7), 472–479. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2014.05.009>
- Polit, D. F., & Beck C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. Avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7ª edição. Porto Alegre: ARTMED Editora SA.
- Pullon S. (2008). Competence, respect and trust: key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), 133–147.
- Quivy, R. & Campenhoudt L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 4ª edição.
- Ramage, C. (2004). Negotiating multiple roles: link teachers in clinical nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 287–296. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02889.x>.
- Ribeiro, L. F. (2003). Formação em Enfermagem: uma busca de coerência em tempos de mudança. *Nursing*, 15, nº178, jun, 43-45. ISSN 0871-6196
- Rocha, A. F. (2011). *Liderança e desempenho profissional em Enfermagem: uma análise aos Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira*. Dissertação de Mestrado em Gestão das Unidades de Saúde. Universidade do Minho, Braga.
- Rojão, M. (2000) *Liderança em pequenos grupos: a importância do processo de comunicação: estudo de caso de uma equipa de enfermagem*. Tese de Mestrado Comunicação em Saúde. Universidade Aberta, Lisboa.
- Rouquete, M. L. (2000) Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In Moreira, A. S. P.; Oliveira, D. C. (Orgs.) *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2ª ed. Goiânia: AB Editora. 39-48.
- Sá-Chaves, I (2003). *Formação de professores. Interpretação e apropriação de mudanças nos quadros conceituais de referência*. Santarém: ESES – Escola Superior de Enfermagem de Santarém.
- Santos, E. (2005). *Estilos de liderança transformacional-transacional e padrões de inteligência emocional na gestão dos enfermeiros hospitalares*. Dissertação Mestrado Comportamento Organizacional. ISPA, Instituto Universitário, Lisboa, Lisboa.
- Santos, L. F. C. L. (2012). *Uma história da Enfermagem em Portugal (1143-1973). A constância do essencial num mundo em evolução permanente*. Tese de Doutoramento em Enfermagem, na especialidade de História e Filosofia de Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.

- Santos, M. F. S. (2000) Representação social e identidade. In Moreira, A. S. P.; Oliveira, D. C. (orgs.) *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2ª ed. Goiânia: AB Editora. 151-162.
- Santos, M. I. R. E. (2014). *Perceção dos enfermeiros sobre os líderes em enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Administração e Gestão Pública. Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Serra, M. N. (2011). *Aprender a ser enfermeiro: a construção identitária profissional por estudantes de enfermagem*. Tese de Doutoramento em Educação. Instituto de Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6025>.
- Silva, D. M. (2002). *Correntes de pensamento em Ciências de Enfermagem*. Millenium. Disponível em [http://www.ipv.pt/millenium/Millenium26/26\\_24.htm](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium26/26_24.htm).
- Silva, R. O. (2005). *Teorias da administração*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Simões, A. L. de A., & Fávero, N. (2003). The leadership challenge for nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(5), 567–573. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000500002>
- Sousa, C., & Lopes, A. (2014). As transformações curriculares no ensino superior: a formação de professores e de enfermeiros. In Lopes, A., Cavalcante, M. A.S., Oliveira, D. A., & Hypólito, A. M. (Orgs.) *Trabalho docente e formação. Políticas, práticas e investigação: pontes para a mudança*. (CIIE-Centro de Investigação e Intervenção Educativas). Porto. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/71134>
- Sousa, R., Lopes, A., Dotta, L., & Pereira, A. (2014). Especificidades da formação e da relação educativa entre formadores e estudantes numa escola superior de saúde. In Lopes, A., Cavalcante, M., A., Oliveira, D. A. & Hypólito, Á., M. (Eds.), *Trabalho docente e formação: Políticas, práticas e investigação: Pontes para a mudança*. 4874-4884, Porto: CIIE. ISBN 978-989-8471-13-0.
- Spivak, M., Smith, A, & Logsdon Mc. (2011). Developing expert clinical nurses: grow them, hold them and let them walk away. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 92–97. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01194.x>
- Stanley, D. J. (2012). Clinical leadership and innovation. *Journal of Nursing Education and Practice*, nº2, vol. 2, May, 119-126. <https://doi.org/10.5430/jnep.v2n2p119>.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2002) *Investigação qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência, 2ª edição.
- Tap, P. (1979) Relations interpersonnelles et genèse de l'identité, *Annales de l'UTM, Homo XVIII*, Toulouse, 7-43.
- Tap, P. (1988). *La société pygmalion? Intégration sociale et réalisation de la personne*. Paris: Dunod.

- Tap, P., Roudès, R., & Antunes, S. (2014). La dynamique personnelle et les identités professionnelles, en situation de changement. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 99(3), 385–407.
- Tappen, R. (2005). *Liderança e administração em Enfermagem: conceitos e prática*. Loures: Lusociências – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Vala, J. (1986). *Análise de Conteúdo*. In Silva, A., & Pinto, J. M. (Orgs). *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Veiga, J. (2011) – Autonomia pessoal e cuidados de enfermagem: uma revisão da literatura empírica e teórica. *Pensar Enfermagem*, 1º semestre, vol. 15, nº 1, 39-69. ISSN 0873-8904.
- Vieira, M. (2009) – *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Lisboa: Campus do saber.
- Vignaux, G. (2003). O conceito de themata. In Moscovici *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Editora Vozes. 215-250.
- Voyer, B. G., & Reader, T. (2013). The self-construal of nurses and doctors: beliefs on interdependence and independence in the care of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2696–2706. <https://doi.org/10.1111/jan.12157>.
- White, J. (1995) Patterns of knowing: review, critique, and update. *Adv Nurs Sci* 1995; 17(4), 73-86.
- Wilson, A. (2014). Being a practitioner: an application of Heidegger’s phenomenology. *Nurse Researcher*, 21(6), 28–33. <https://doi.org/10.7748/nr.21.6.28.e1251>
- Zavalloni, M., & Louis-Guérin, C. (1984). *Identité sociale et conscience. Introduction à l'égo-écologie*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

## **Legislação**

- Decreto n.º 32.612, de 31 de dezembro de 1942, Diário da República n.º 302, Série I, de 31-12-1942. - Regulamenta o Ensino em Enfermagem.
- Decreto-Lei n.º 36.219, de 10 de abril de 1947, Diário da República n.º 81, Série I, de 10-04-1947. - Regulamenta o Ensino em Enfermagem.
- Decreto-Lei n.º 38.884, de 28 de agosto de 1952, Diário da República n.º 190, Série I, de 28-08-1952. - Regulamenta o Ensino em Enfermagem.
- Decreto-Lei n.º 38.885, de 28 de agosto de 1952, Diário da República n.º 190, Série I, de 28-08-1952. - Regulamenta o Ensino em Enfermagem.

- Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, Diário da República n.º 228, Série I-A, de -  
Cria o Serviço Nacional de Saúde.
- Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de setembro, Diário da República n.º 228, Série I-A, de 27-  
09-1071. - Regulamenta conjuntamente a carreira Médica de Saúde Pública, de  
Enfermagem e a carreira Médica Hospitalar.
- Decreto-Lei n.º 56/79 de 15 de setembro, Diário da República n.º 214, Série I, de  
15.09.1979 –Cria o Serviço Nacional de Saúde.
- Decreto-Lei n.º 305/81, de 12 de novembro, Diário da República n.º 261, Série I-A, de  
12-11-1991. - Regulamenta a carreira de Enfermagem.
- Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, Diário da República n.º 147, Série I, de 29.06.1982  
- Cria as administrações regionais de cuidados de saúde, abreviadamente  
designadas por administrações regionais de saúde.
- Decreto-Lei n.º 265/83 de 16 de junho, Diário da República n.º 136, Série I, de 16-06-  
1983. - Cria em Lisboa, Porto e Coimbra Escolas de Enfermagem Pós-Básicas.
- Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, Diário da República n.º 257, Série I-A, de 08-  
11-1991. - Regulamenta a carreira de Enfermagem.
- Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro, Diário da República n.º 229, Série I, de 29-09-  
1993. - Regulamentação das ARS com competências e atribuições reforçadas e  
descentralização da Administração dos Cuidados de Saúde.
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, Diário da República n.º 205, Série I-A, de 04-  
09-1996. - Regulamenta o Exercício Profissional dos Enfermeiros.
- Decreto Lei n.º 104/98, de 21 de abril, Diário da República n.º 93, Série I-A, de  
21.04.1998 - Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto.
- Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de setembro, Diário da República n.º 353, Série I, de 04-09-  
1999. - Fixa as regras gerais a que fica subordinado o Ensino de Enfermagem no  
âmbito do Ensino Superior Politécnico e cria os cursos de Licenciatura em  
Enfermagem e de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de: Saúde  
Comunitária, Saúde Materna e Obstetrícia; Saúde infantil e Pediátrica; Saúde  
Mental e Psiquiátrica; Médico-cirúrgica; e Reabilitação.
- Decreto Lei n.º 175/2004, de 21 de julho, Diário da República n.º 170, Série I-A, de 21-  
06-2004. - Regulamenta a Reorganização da Rede pública de Escolas de  
Enfermagem e de Tecnologias da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 42/2005. Diário da República n.º 37, Série I-A, de 2005-02-22. -  
Declaração de Bolonha.