

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Gestão em
Enfermagem

Dissertação

**Chefes de equipa de enfermagem: papel como líderes
clínicos**

Rita Alexandra Agripino Marques

Lisboa

2019

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or a ribbon, extending from the right edge towards the center.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Gestão Em
Enfermagem

Dissertação

**Chefes de equipa enfermagem: papel como líderes
clínicos**

Rita Alexandra Agripino Marques

Orientador: Professora Doutora Teresa Potra

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“(...) os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas através dos actos praticados mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma saúde melhor”

Hesbeen, (2001, p.35)

DEDICATÓRIA

Esta dissertação é dedicada a todos aqueles que de forma direta ou indireta se fizeram sentir presentes pelo apoio e motivação com que me presentearam neste meu percurso acadêmico, tornando possível a concretização deste trabalho.

Gostaria assim de agradecer de um modo especial:

À Professora Doutora Teresa Potra pela sua incansável disponibilidade, apoio, sugestões e elevado rigor e dedicação que ofereceu a este trabalho.

À Instituição envolvida que autorizou a realização deste estudo

Aos enfermeiros que aceitaram participar neste estudo, despendendo do seu tempo durante o seu exercício profissional para oferecer um contributo fundamental para a realização deste estudo.

Aos meus colegas de trabalho e à minha enfermeira chefe pelo apoio e compreensão face à exigência deste percurso.

Aos meus colegas de mestrado por toda colaboração, partilha de saberes e companheirismo.

À minha família e amigos pelo apoio, motivação em muitos momentos de desânimo, compreensão que demonstraram em todos os momentos mesmo quando várias vezes tiveram de prescindir da minha presença.

Ao meu marido pelo seu apoio incondicional, por todas as suas palavras de alento tentando sempre me erguer mesmo quando o desânimo falava mais alto, motivando-me a nunca deixar de acreditar em mim.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACN - *American Association of Colleges of Nursing*

APA- *American Psychological Association*

APEGEL - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

CNL – *Clinical Nurse Leader*

Enf.^a – Enfermeira

Fem. - Feminino

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA- Estados Unidos da América

ICN- *International Council of Nurses*

p. – página

PLM- Programa de Liderança para a Mudança

RPCEG - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor

SIP- Saúde Infantil e Pediátrica

SMO- Saúde Materna e Obstétrica

RESUMO

A temática de chefia e liderança são cada vez mais transversais em diversas áreas de atuação, sendo que a liderança de pessoas é um dos elementos principais do enfermeiro gestor. De um modo mais particular o apelo para o desenvolvimento para a liderança do enfermeiro da prestação de cuidados diretos, tem-se mostrado cada vez mais relevante. A liderança clínica tem-se apresentado como um conceito amplamente utilizado na literatura de enfermagem, originando-se da necessidade de diferenciar o potencial da liderança dos enfermeiros da prestação direta de cuidados diretos, da liderança dos enfermeiros com cargos formais nas organizações, evidenciando-se a importância do desenvolvimento de competências de liderança do enfermeiro da prestação direta de cuidados no sentido de assegurar a qualidade de cuidados de saúde.

Deste modo, foi realizado um estudo descritivo simples de carácter qualitativo, tendo como objeto principal analisar a perspectiva dos enfermeiros chefes de equipa e enfermeiros chefes de serviço relativamente à liderança clínica dos enfermeiros chefes de equipa.

Como técnica principal de recolha de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada tendo sido efetuadas 10 entrevistas, 3 a enfermeiros chefes e 7 a enfermeiros “chefes de equipa”. Os participantes enfermeiros chefes, eram todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre 51 e 58 anos, com uma média de funções de chefia de 14 anos (a mínima de 10 e a máxima de 19). Os enfermeiros “chefes de equipa”, igualmente do sexo feminino, possuem idades entre 32 e 59 anos, constatando-se uma média de 7,4 anos (mínima de 2 e máxima de 20) a assumir funções enquanto “chefes de equipa”.

Os principais dados obtidos revelam que os enfermeiros chefes de equipa são elementos motores de desenvolvimento das equipas e da qualidade dos cuidados prestados. Os Enfermeiros chefes reconhecem e seleccionam-nos de acordo com a experiência e pelo facto de serem peritos na área de intervenção. No entanto, os chefes de equipa de um modo geral não consideram motivador, tendo em linha de conta as funções de responsabilidade acrescidas atribuídas e não valorizadas sobretudo pela Organização.

Palavras chave: nurs*, Charge Nurse; leadership; Hospital

ABSTRACT

The topic of headship and leadership is increasingly transversal in several areas of activity, as the leadership of people is one of the main elements of the nurse manager. More particularly, the appeal for leadership development in nurses providing direct care has becoming increasingly relevant. Clinical leadership has been presented as a widely used concept in nursing literature, originating from the need to differentiate the potential of leadership from nurses providing direct care, from the leadership of nurses with formal positions within the organizations, evidencing the importance of the development of competencies of leadership of nurses providing direct care in order to ensure the quality of healthcare.

Thus, a simple descriptive study of a qualitative nature was carried out, with the main objective of analyzing the perspective of nurses "team leaders" and heads of unit nurses regarding the clinical leadership of the nurses "team leaders".

As the main technique of data collection, a semi-structured interview was used, 10 were interviews carried out, as 3 head nurses and 7 nurses "team leaders" were interviewed. The participant head nurses were all female, aged between 51 and 58 years, with 14 years mean of management experience (minimum 10 and maximum 19 years). "Team leader" nurses were also all female, aged between 32 and 59 years, with 7.4 years mean of experience as "team leader" (minimum 2 and maximum 20 years).

The main data obtained show that nurses team leaders are the driving force for team development and quality of care. Head nurses recognize and select them based on their experience and the fact that they are experts in the area of intervention. However, team leaders generally do not consider it to be motivating, taking into account the increased responsibilities assigned to them and not valued specially by the Organization.

Keywords: nurs*, Charge Nurse; leadership; Hospital

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1. DA LIDERANÇA À LIDERANÇA CLÍNICA	15
1.1. Teorias da Liderança	16
1.2. Liderança Clínica	21
1.3. Funções de um Líder	25
2. EQUIPAS E A SUA GESTÃO	29
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	35
1. METODOLOGIA DO ESTUDO	36
1.1. Questão de investigação e objetivos	36
1.2. Tipo de Estudo.....	37
1.3. Campo de Estudo e Participantes.....	38
1.4. Instrumento de Colheita de Dados.....	40
1.5. Procedimentos de colheita e tratamento de dados	42
1.6. Procedimentos e Considerações Ético-Legais.....	45
2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	47
3. SÍNTESE, CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

ANEXOS

ANEXO I - Autorização Conselho de Administração e Comissão de Ética

APÊNDICES

APÊNDICE I - Guião de Entrevista Enfermeiros Chefes;

APÊNDICE II - Guião de Entrevista Enfermeiros Chefes de Equipa;

APÊNDICE III - Grelha de análise;

APÊNDICE IV - Exemplo de Entrevista Codificada;

**APÊNDICE V - Pedido de autorização Conselho de Administração e
Comissão de Ética;**

APÊNDICE VI - Consentimento Informado;

**APÊNDICE VII - Póster 7º Congresso da Associação Portuguesa dos
Enfermeiros Gestores e Liderança**

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Componentes da liderança transacional e transformacional.....	20
Quadro 2. Caracterização e Codificação dos Participantes.....	40
Quadro 3. Tema I Ser “chefe de equipa”: categorias e subcategorias.....	48
Quadro 4. Tema II Liderança Clínica: categorias e subcategorias.....	51
Quadro 5. Tema III Motivos Organizacionais que condicionam o desenvolvimento do papel do líder clínico: categorias e subcategorias.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Componentes de uma liderança eficaz.....	26
---	----

INTRODUÇÃO

O tema da chefia e liderança é abrangente e transversal a diversas áreas de atuação, sendo que liderar pessoas é o elemento principal de todo o gestor de equipas. Ser um enfermeiro líder de equipa é assumir uma posição de influência na mesma, com o objetivo de promover o bem-estar da população, com o compromisso, a responsabilidade, a empatia, a habilidade para tomar decisões, a comunicação e a gestão efetiva e eficaz das pessoas e outros recursos. Para desenvolver com eficiência e eficácia o papel de líder, torna-se necessária uma interação com a equipa (Oliveira de Gois, 2015).

Sustentando esta ideia, Frederico & Castilho (2006), indicam que os interesses pelos estudos científicos em liderança e chefia de equipas têm assumido um contínuo crescente, verificando-se que este aspeto se deve ao reconhecimento que o impacto da liderança apresenta a nível do bem-estar dos seus colaboradores e, por conseguinte, no funcionamento e efetividade das organizações.

Recorrendo à utilização da escala desenvolvida e validada por Frederico & Castilho, (2006), Pereira, Bem-Haja & Rodrigues (2008) realizaram um estudo numa unidade hospitalar de Coimbra relativamente à perceção de liderança de enfermeiros prestadores de cuidados, tendo sido possível identificar que “(...) a relação entre líderes e subordinados tem particular impacto na vida organizacional. Assim, considera-se importante conhecer a perceção de liderança dos enfermeiros prestadores de cuidados e a sua possível relação com algumas variáveis pessoais e profissionais” (Pereira et al., 2008, p. 53).

Também segundo Baernholt & Cottingham (2011) a necessidade de liderança do enfermeiro de prestação direta de cuidados, no sentido de melhorar a qualidade dos sistemas de cuidados de saúde, controlando simultaneamente os custos, é reconhecida em relatórios internacionais, tendo-se inclusive nos EUA, desenvolvido um novo papel de enfermagem, o *Clinical Nurse Leader* (CNL), em resposta às necessidades identificadas nesses relatórios.

De um modo mais específico no que reporta ao líder clínico, Stavrianopoulos (2012), realizou um estudo com o objetivo de rever a literatura acerca do papel do *Clinical Nurse Leader*. De um modo geral nesta revisão de literatura, verificou-se que houve uma evolução deste papel após a *American Association of Colleges of Nursing*

(AACN) criar um grupo de trabalho que identificou formas de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados e determinar como preparar os enfermeiros com as ferramentas e competências necessárias para serem bem-sucedidos tanto no atual como no futuro do sistema de saúde. Ainda de acordo com a respetiva revisão de literatura foi possível verificar que o papel do CNL foi desenvolvido como resposta às preocupações sobre a qualidade e segurança dos cuidados no complexo, tecnologicamente avançado e em constante mudança sistema de cuidados de saúde.

Os CNL's são diplomados em enfermagem ao nível de mestrado com competências e conhecimentos para criar mudanças dentro de sistemas complexos e melhorar os resultados, enquanto continuam a ser prestadores de cuidados diretos, podendo este papel inovador ser adaptado em todo o mundo para melhorar a qualidade dos sistemas de saúde. As considerações anteriormente descritas são também corroboradas por Bartels (2005), que nos indica que os requisitos atuais para os enfermeiros em todo o mundo, de acordo com as constantes mudanças na prestação de cuidados de saúde, exigem-lhes mais conhecimentos, mais educação e mais competências, nomeadamente liderança ao nível clínico, por forma a liderar todo um processo de transformação. Assim, questionamo-nos se os enfermeiros comumente designados de “chefes de equipa” nos serviços clínicos não deverão ser possuidores de competências de um líder clínico.

Na literatura de enfermagem, numa abordagem mais específica, o conceito de liderança clínica teve a sua origem na necessidade de diferenciar o potencial de liderança dos enfermeiros da prestação de cuidados diretos, da liderança convencional dos enfermeiros em cargos formais de autoridade dentro da organização, sendo o conceito reconhecido como um meio de identificar as qualidades de liderança do pessoal de enfermagem no atendimento ao cliente (Malby, 1998, citado por Chávez & Yoder, 2015). De acordo com o referido estudo a pertinência da liderança clínica prende-se com o facto dos líderes clínicos assumirem um papel de relevo na prática clínica influenciando e motivando outros a proporcionarem um atendimento seguro e eficaz aos clientes e apoiarem inovações práticas que otimizam os resultados de saúde. Sustentando esta linha de pensamento Hesbeen (2001) indica-nos também que:

uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspetiva, que ela, bem como os que a

rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova de talentos destes profissionais. Ela inscreve-se num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados (p.52).

Assim, tendo em linha de conta as várias considerações previamente citadas quanto à pertinência da temática da liderança clínica e tal como nos indica Vilelas (2017), o objetivo do investigador será desenvolver várias tarefas para a obtenção de um novo conhecimento.

Enquanto enfermeira a assumir funções de “chefe de equipa” há cerca de 10 de anos e verificando através da minha experiência profissional e literatura analisada, que o conceito de liderança clínica em enfermagem necessita ser mais aprofundado, no sentido de se identificarem as características que lhe estão associadas, como este é valorizado pelas chefias de enfermagem, considerou-se importante aprofundar a respetiva temática no presente estudo. Deste modo, surge como **Questão de Investigação** para este projeto: Qual a perspetiva dos enfermeiros chefes de equipa e suas chefias relativamente à liderança clínica dos enfermeiros “chefes de equipa”?

De seguida foram definidos os objetivos do estudo, tendo como **objetivo geral**: analisar a perspetiva dos enfermeiros chefes de equipa e enfermeiros chefes de serviço relativamente à liderança clínica dos enfermeiros chefes de equipa. Como **objetivos específicos** foram definidos os seguintes: descrever o modo como os enfermeiros chefes de equipa percebem o seu papel como líderes clínicos; compreender o tipo de liderança clínica exercida pelos enfermeiros chefes de equipa; conhecer as expectativas dos enfermeiros chefes de serviço quanto ao papel dos enfermeiros chefes de equipa.

O respetivo trabalho foi elaborado seguindo a Norma APA (2012) e de acordo com as linhas orientadoras do Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEL.

O presente documento, pretende assim refletir o resultado das várias etapas do processo de investigação. Para além da respetiva Introdução, foi realizado um enquadramento conceptual, que se reporta aos dois primeiros capítulos do respetivo trabalho onde serão abordadas as seguintes temáticas: liderança, teorias da

liderança, liderança clínica, funções de um líder e gestão de equipas. Posteriormente, numa segunda parte que se reporta à investigação empírica desenvolve-se um capítulo de metodologia onde são evidenciados os objetivos do estudo, assim como a questão de Investigação e os respetivos procedimentos de colheita e tratamento dos dados. Seguidamente constam a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos. Por fim a conclusão, que encerra o respetivo trabalho, abordando os dados obtidos e alguma reflexão sobre os mesmos. “(...) reflexão envolve a acção voluntária e intencional de quem se propõe reflectir, o que faz com a pessoa que faz reflexão mantenha em aberto a possibilidade de mudar, quer em termos de conhecimentos e crenças, quer em termos pessoais” (Santos & Fernandes, 2004, p. 60).

Nos anexos/apêndices, constam a autorização da instituição para aplicação do estudo; os guiões de entrevista para os Enfermeiros Chefes e Enfermeiros “chefes de equipa” respetivamente e o respetivo consentimento informado aos participantes; um exemplo de uma entrevista codificada e o Póster apresentado no 7º Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança, elaborado no sentido de dar início à divulgação deste estudo.

PARTE I- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. DA LIDERANÇA À LIDERANÇA CLÍNICA

Desde há muito tempo que a liderança nas organizações suscita grande interesse por parte dos investigadores. No entanto, após um século de investigação que trouxe resultados contraditórios, houve mesmo quem sugerisse que o conceito fosse abandonado, proposta esta considerada incongruente, pela ideia generalizada que a liderança é uma condição para o sucesso nas organizações (Pina e Cunha, Rego & Campos e Cunha, 2016). Contudo, a definição consensual do conceito de liderança não tem sido fácil, uma vez que o mesmo depende da perspetiva de cada investigador que se debruçou sobre a respetiva temática (Fradique & Mendes, 2013).

A origem etimológica de liderança tem origem no termo anglo-saxónico, cujo sentido é seguir, sendo que liderar vem de *lāden*, cujo significado é ir ou viajar junto (Melo, 2014).

Pesquisas mais atuais já direcionam o estudo da liderança como um processo de influenciar os outros dentro de uma determinada cultura organizacional e na relação interativa entre os líderes e os seus seguidores (Marquis & Huston, 2005).

A liderança tem também assumido uma grande importância na prática de enfermagem, já que os enfermeiros, na sua prática diária, se deparam com várias situações que exigem tomadas de decisão, gestão/coordenação de equipas, resolução de problemas, gestão de conflitos, de modo a irem ao encontro dos objetivos dos clientes e da própria organização (Ribeiro, Santos & Meira, 2006).

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

A liderança tem sido amplamente discutida na prática de enfermagem, uma vez que em enfermagem é possível encontrar vários tipos e estilos de líderes, sendo o estilo de liderança caracterizado pelo modo como os líderes conseguem influenciar as pessoas, de modo a que as mesmas desempenhem as suas atividades em prol de um objetivo comum (Ribeiro et al., 2006).

O estudo da liderança tem sido particularmente relevante em vários contextos, nomeadamente nas transformações sociais, económicas, políticas e sobretudo nas mudanças organizacionais, verificando-se que inúmeros artigos científicos abordam a ênfase colocada na importância da liderança no contexto da enfermagem (Laschinger & Wong, 2007).

Apesar da liderança ser uma temática bastante estudada, é difícil uma definição consensual do seu conceito (Pina e Cunha et al., 2016). Para uma melhor compreensão das várias abordagens realizadas em torno desta temática, o próximo subcapítulo irá abordar as várias teorias de liderança ao longo dos tempos.

1.1. Teorias da Liderança

Um grande número de teorias de liderança tem vindo a ser desenvolvidas ao longo dos anos, na tentativa de explicar o modo como as pessoas influenciam o comportamento umas das outras em contexto profissional (Tappen, 2005).

O estudo científico da liderança teve assim o seu início no século XX, em que os trabalhos se concentravam nas características e comportamento do líder (Marquis & Huston, 2005). “A arte do comando, como aliás os primeiros estudos científicos sobre liderança, interessam-se assim muito mais pelo líder do que pela liderança, pelo actor que dirige do que pelo processo de direcção” (Jesuino, 1996, p.7).

Para uma melhor compreensão do processo de liderança existem várias abordagens: abordagem dos traços, comportamental, situacional, transformacional e transaccional, contudo, não há consenso quanto à sua definição (Jesuino, 2005).

Assim e numa perspetiva histórica até cerca de meados dos anos 40 do século XX, as **teorias de características ou traços** foram a base da pesquisa da liderança. A respetiva teoria, originária da filosofia aristotélica, veio afirmar que alguns homens nasciam para liderar enquanto outros nasciam para serem liderados. A teoria das características considerava assim que algumas pessoas tinham determinados traços da personalidade que as tornavam melhores líderes que outras. Estas teorias de características ou traços evidenciavam, no entanto, algumas lacunas, como por exemplo o facto de não ser considerado o impacto de terceiros ou da situação no desempenho da liderança (Marquis & Huston, 2005). Também neste sentido, o

entusiasmo vigente decaiu quando Stogdill (1948), citado por Pina e Cunha et al. (2016), após a revisão de 124 estudos, chegou à conclusão que os indivíduos não se tornam líderes por possuírem uma determinada combinação de traços, uma vez que um líder com determinados traços poderia ter eficácia numa situação e em outra não, assim como dois líderes distintos com traços diferentes poderiam ser eficazes numa mesma situação.

Assim o facto de esta teoria não explicar convenientemente a liderança, fez com que os investigadores procurassem outras abordagens sendo uma delas, o estudo do comportamento dos líderes, conhecida como **teoria do comportamento**, que surge nos anos 50 (Pina e Cunha et al., 2016). Neste sentido, no decurso da pesquisa sobre a liderança, houve um afastamento das características do líder para dar um maior enfoque ao que era realizado pelo líder, ou seja, o estilo de liderança do líder (Marquis & Huston, 2005).

O comportamento do líder passa assim a ser o objeto de estudo, defendendo que as pessoas poderiam ser moldadas do ponto de vista comportamental, no sentido da procura de um ponto de equilíbrio para uma liderança eficaz (Jesuíno, 2005).

Um dos grandes avanços ocorreu quando Lewin (1951) e White e Lippitt (1960) isolaram **estilos de liderança** que se viriam a designar por **autoritário**, **democrático** e **laissez-faire** (Marquis & Huston, 2005). Deste modo, o **estilo de liderança autoritário** resulta de procedimentos bem definidos, por norma previsíveis, onde de um modo geral a produtividade é alta, mas a criatividade, motivação e autonomia são reduzidas. O estilo de liderança autoritária será adequado em situações de emergência, quando a clareza das orientações seja uma prioridade. Por oposição, o **estilo de liderança democrático** é mais participativo e menos controlador, no entanto, não é passivo uma vez que procura estimular de um modo ativo e orientar o grupo para atingir as suas metas (Tappen, 2005). Este estilo de liderança democrático é adequado para grupos que trabalham juntos durante um longo período de tempo promovendo a autonomia e o crescimento individual dos trabalhadores (Marquis & Huston, 2005). No que respeita ao líder **“laissez-faire”** de uma forma geral é passivo, não diretivo, deixando todo o processo de tomada de decisão para o grupo, são considerados líderes permissivos, permitindo quase todo o tipo de comportamentos. Deste modo, quando num grupo todos os seus membros são organizados, orientados e capazes de coordenar as suas atividades, um estilo de liderança

poderá oferecer-lhes a liberdade para desenvolverem a sua criatividade, no entanto, na grande maioria dos casos este estilo de liderança não é produtiva e é insatisfatório (Tappen, 2005).

Neste percurso da evolução da liderança os teóricos acreditavam que os líderes apresentavam um estilo de liderança único mas entre o final dos anos 40 e início dos anos 50, os mesmos começaram a acreditar que os líderes não tinham um estilo pré-definido, mas sim que atuavam com a finalidade de conseguir dar resposta às situações com que se deparavam (Marquis & Houston, 2005). Este facto dá lugar a uma nova abordagem, conhecida como **teoria da liderança situacional**. Esta abordagem remete para a interação entre líderes e liderados e para as tarefas a realizar, tendo em conta o contexto e as características das organizações. O modelo de Hersey e Blanchard (1969,1988), citado por Pina e Cunha et al.(2016), uma das mais conhecidas teorias situacionais, refere que o líder deve adotar comportamentos distintos nas tarefas e nas relações conforme a maturidade dos liderados, assumindo que quanto mais baixa a maturidade dos liderados, o seu comportamento deverá ser mais orientado para a tarefa, devendo ser orientado para o relacionamento quando maior a maturidade dos mesmos. Este modelo preconiza que um líder eficaz é o que consegue identificar a situação e nível de maturidade dos liderados, adotando um estilo de liderança mais adequado.

Contudo, o modelo contingencial de Fielder (1996), citado por Pina e Cunha et al. (2016, p. 285) “(...) considera que o efeito do estilo liderança (orientação para a tarefa *versus* para o relacionamento) sobre o desempenho do grupo depende da favorabilidade da situação”. Nesta linha de pensamento o respetivo modelo sugere que “(...) em situações de baixa e elevada favorabilidade, os líderes mais orientados para as tarefas são mais eficazes do que os orientados para o relacionamento. Quando a situação é moderadamente favorável, ocorre o inverso” (Pina e Cunha et al., 2016, p. 285). Em função desta relação surgem quatro tipos de líder: o **líder inativo** e pouco aplicado, semelhante ao estilo de líder *laissez-faire*, sendo um líder que mostra pouca preocupação pela equipa e planeia pouco, raramente tem poder de iniciativa; o **líder diretivo**, que implica uma liderança elevada para as tarefas, mas baixa para as relações. Neste estilo é suposto que os vários elementos da equipa façam o que lhes é solicitado, sob pena de possível punição a quem não o fizer. O **líder responsável**, que se descreve com sendo um líder, com baixa orientação para

a tarefa mas alta orientação do ponto de vista relacional, dando assim ênfase ao bom relacionamento e dando permissão para que os vários membros da equipa tomem muitas das suas próprias decisões e, por fim, o **líder ativo** que se descreve como sendo um líder com alta orientação para a tarefa e para a relação, retratando um estilo de liderança que promove a comunicação e participação dos elementos da equipa para o estabelecimento de metas. Neste tipo de liderança recorre-se à crítica construtiva e nas situações de conflito são propostas mudanças após discussão prévia com os membros da equipa (Tappen, 2005).

Apesar da teoria situacional ter trazido algumas variáveis necessárias à teoria da liderança, cerca do final dos anos 70, teóricos começaram a considerar que para uma liderança eficaz teria de haver um maior número de variáveis, nomeadamente, a cultura organizacional, os valores do líder, bem como a complexidade da situação. No sentido de integrar estas variáveis surge a teoria **transacional, transformacional** (Marquis & Houston, 2005).

Bass (1985), citado por Pina e Cunha et al. (2016), faz a distinção entre a liderança transacional e a transformacional, considerando que na primeira se verifica atribuição de recompensas em função dos resultados obtidos, tendo em conta o cumprimento de objetivos previamente definidos, ao passo que na liderança transformacional existe a preocupação em recorrer aos interesses dos liderados, verificando-se por parte dos mesmos, sentimentos de confiança, lealdade, respeito pelo líder. Bass equaciona estes dois tipos de liderança, embora distintos, como complementares, reconhecendo ao líder o recurso a ambos em situações diferentes, admitindo, contudo, também o seu uso simultâneo/ complementar. No entanto, o mesmo considera que ambos os tipos de liderança poderão ser eficazes, mas em situações distintas, sendo que a liderança transformacional se torna mais adequada a processos de mudança nas organizações ao passo que o tipo transacional será mais eficaz em ambientes estáveis com processos evolutivos mais lentos (Pina e Cunha et al., 2016). Para uma melhor compreensão destes dois tipos de liderança apresenta-se de seguida um quadro que integra as componentes que as caracterizam.

Quadro 1: Componentes da liderança transacional e transformacional

Tipos	Componentes	Explicação
Transformacional	Influência Idealizada (carisma)	O líder adota comportamentos (e.g, de respeito e elevação moral) que ativam fortes emoções nos seguidores, suscitam a confiança e a identificação destes com ele, influenciam os seus ideais e os aspetos maiores do que a vida.
	Liderança inspiracional	O líder comunica uma visão apelativa, usa símbolos para fomentar o esforço dos seguidores, atua como um modelo de comportamentos, instila o otimismo.
	Estimulação intelectual	O líder estimula nos seguidores a tomada de consciência dos problemas, dos seus próprios pensamentos e de uma imaginação. Ajuda-os a reconhecer as suas próprias crenças e valores. Fomenta-lhes o pensamento inovador/criativo. Incita-os a questionarem as suas assunções.
	Consideração individualizada	O líder atende às necessidades de desenvolvimento dos seguidores, apoia-os, encoraja-os, treina-os, tenta desenvolver o seu potencial, fornece-lhes feedback, delega-lhes responsabilidades.
Transacional	Recompensa contingente	O líder clarifica ao seguidor o que este deve fazer para ser recompensado pelo esforço.
	Gestão por exceção ativa	O líder monitoriza o desempenho dos seguidores e adota ações corretivas se eles não alcançam os padrões estabelecidos.
	Gestão por exceção passiva	O líder aguarda que os problemas ocorram para que, então, sejam tomadas ações corretivas.
	Liderança Laissez-faire (não-liderança)	O líder praticamente abstém-se de tentar influenciar os subordinados.

Fonte: Pina e Cunha et al, (2016, p. 306)

Sustentando o acima evidenciado no quadro 1, Bass (1998) citado por Curtis & O'Connell (2011) refere que a liderança transformacional assenta em quatro componentes essenciais: liderança carismática, onde os líderes são admirados e respeitados por aqueles que conduzem; motivação inspirada, onde os líderes inspiram os outros com um espírito de equipa e entusiasmo para o trabalho; estímulo intelectual, criado por líderes com habilidades para resolver problemas, com criatividade a capacidade para o desenvolvimento do conhecimento ou da prática; consideração individualizada, onde líderes evidenciam habilidades de suporte de acordo com as necessidades individuais. Estes líderes fornecem orientação para apoiar e incentivar a equipa a desenvolver e progredir nas suas carreiras. Em contraste, a liderança transacional é baseada em indivíduos que trabalham em um nível acordado de desempenho em troca de uma recompensa. Isso também significa que os líderes intervêm apenas se algo não correr bem ou se as normas não são cumpridas.

Perante o evidenciado no quadro 1 e transpondo para a prática de enfermagem, torna-se urgente por parte das administrações hospitalares que exista um encorajamento aos gestores de enfermagem por forma que estes adotem um estilo de liderança transformacional, fortalecendo a perceção dos enfermeiros de um clima de segurança positivo no local de trabalho. (Liang, Tang, Wang, Lin & Yu, 2016).

Esta linha de pensamento é também sustentada por Fischer, (2016), que indica que a liderança transformacional engloba responsabilidade compartilhada, e capacita os funcionários a ajudar os líderes a alcançar as metas organizacionais, sendo um estilo de liderança consistente com os objetivos dos ambientes de saúde contemporâneos.

Neste sentido, importa compreender como nesta área se revela a liderança dos enfermeiros e mais concretamente a designada liderança clínica.

1.2. Liderança Clínica

Apesar da crescente atenção e do uso frequente do conceito de liderança clínica, o seu significado continua a ser pouco claro, nomeadamente quando a liderança clínica é utilizada no contexto da Enfermagem Chávez & Yoder, (2015), de acordo com uma análise do conceito efetuada, propõem enquanto definição do conceito de liderança clínica, o processo pelo qual os enfermeiros exercem influência significativa sobre outros indivíduos na equipa de saúde e embora nenhuma autoridade formal tenha sido investida neles, promovem esforços individuais e coletivos para alcançar objetivos clínicos.

No início do milénio Cook (2001), citado por Chávez & Yoder (2015), sugeriu que um líder clínico em enfermagem é um enfermeiro que está diretamente envolvido na prestação de cuidados clínicos que continuamente melhora o cuidado ao influenciar os outros. Mais recentemente Ågård & Lomborg (2011), citados por Chávez & Yoder (2015), referem que a prática de liderança clínica é o envolvimento do pessoal de enfermagem em processos sociais básicos, de modo a gerir as necessidades de saúde dos clientes e suas famílias.

A liderança clínica tem-se tornado assim um conceito comum que é amplamente utilizado em toda a literatura de enfermagem e em vários contextos

distintos, para incluir administração e gestão, prática avançada, educação e diversas especialidades. A liderança clínica tem sido assim utilizada na literatura para descrever as qualidades de liderança dos enfermeiros da prestação direta de cuidados no ambiente hospitalar (Chávez & Yoder, 2015).

A ideia acima mencionada é também sustentada por Ezziane, (2012), ao indicar que a liderança clínica envolve os enfermeiros que desempenham responsabilidades de liderança, estabelecendo e inspirando valores e visão na organização de saúde e fornecendo serviços de saúde de excelência aos clientes. A liderança nos cuidados de saúde torna-se assim uma componente chave para melhorar os cuidados e reduzir os custos. Os líderes de enfermagem da prestação direta de cuidados são assim considerados peritos clínicos que fornecem atendimento direto ao cliente, melhorando de forma contínua os resultados nos clientes e o ambiente da prática (Grindel,2016).

Patricia Benner, uma teórica da área de Enfermagem, conceptualizou as competências de enfermagem como pré-requisito para se tornar um perito, baseando-se no modelo Dreyfus (Dreyfus & Dreyfus 1980; Dreyfus, 1981), tendo estabelecido que para existir aquisição e desenvolvimento de competências se passa por 5 níveis que apresentam diferentes características relativamente ao seu desempenho: 1 iniciado; 2 iniciado avançado; 3 competente; 4 proficiente; e 5 perito (Benner, 2001).

No **nível 1 iniciado**, verifica-se que a enfermeira iniciada não tem experiência da situação com que pode ser confrontada na sua prática. Os conhecimentos e formas de atuação advêm do seu percurso estudantil. Este nível aplica-se essencialmente a estudantes de enfermagem, assim como aos enfermeiros que integram um novo serviço, se os objetivos e o tipo de cuidados não lhes forem familiares. No **nível 2 iniciado avançado**, estão situadas a maioria das enfermeiras recém-formadas que já evidenciam um comportamento adequado de acordo com o confronto de situações reais, no entanto, têm ainda dificuldade em perceber a situação real do doente numa perspetiva mais abrangente, atribuindo a todos os aspetos a mesma importância e orientando o seu desempenho em função de tarefas. No **nível 3 competente**, enquadram-se os enfermeiros que trabalham no mesmo serviço há dois ou 3 anos, em que as suas intervenções se desenvolvem de acordo com os objetivos que pretende atingir a médio e a longo prazo. As intervenções planeadas são baseadas numa análise consciente que lhes permite ganhar eficiência e organizar o trabalho em função das prioridades, ainda que lhes falte alguma maleabilidade e rapidez de decisão

que algumas situações impõem. No **nível 4 proficiente**, a enfermeira percebe as situações na sua globalidade e apresenta uma perspectiva fundamentada na experiência, com uma capacidade de reconhecer as situações no seu todo. Apreende pela experiência quais os acontecimentos típicos que podem acontecer numa dada situação, reconhecendo a imprevisibilidade. Nesta fase apresenta maior confiança em relação aos seus conhecimentos e capacidades, dando maior envolvimento com o doente e família, sendo considerada uma fase de transição para a perícia. No **nível 5 perito**, a enfermeira perita apresenta uma grande experiência, apreendendo de forma intuitiva cada situação no seu todo e de forma global, sem deixar de reconsiderar uma série de possibilidades. Segundo Benner existem quatro aspetos-chave que caracterizam a prática da enfermeira perita: a aquisição de um domínio clínico e uma prática baseada na investigação; a existência de *know-how* incorporado; a visão do inesperado e da situação no seu todo (Brykczynsky, 2002).

Benner (2001), na obra de Iniciado a Perito, faz também enfoque às competências relativas à organização e distribuição de tarefas, indicando que a nível deste domínio existe a necessidade de um bom conhecimento sobre a profissão.

O parecer acima mencionado é também sustentado por Grindel, (2016) que indica que a liderança clínica em enfermagem é reconhecida como uma competência profissional central para assegurar qualidade e segurança nos cuidados ao cliente, uma vez que os líderes de enfermagem da prática são peritos clínicos.

Segundo o estudo realizado por Stoddart et al. (2014), citando Borrill et al. (2003), o *Department of Health* (2008) e Dawson et al. (2009), a liderança clínica foi redimensionada como fundamental para uma eficiente e efetiva prestação de cuidados de saúde. A respetiva definição foi baseada em evidências que enfatizam os benefícios para os utentes de "líderes habilitados" que estão preocupados com o aperfeiçoamento da experiência de saúde e doença da população.

Sustentando a ideia acima mencionada, Benner (2001) refere que as enfermeiras peritas conseguem organizar, planificar e coordenar as diversas necessidades dos utentes com que se deparam, adaptando-se continuamente às constantes mudanças do seu estado. Corroborando o descrito Hesbeen (2001, p. 29), indica-nos que "a função de perito permite igualmente aumentar o número de

caminhos possíveis, ou seja, permitir à pessoa que é cuidada e aos familiares, identificar as diferentes possibilidades e os diferentes caminhos que lhe oferecem”.

O enunciado no parágrafo anterior é também sustentado por Cummings, Ducharme & Wong (2013), que indicam que os enfermeiros líderes devem garantir que os profissionais adequados e outros recursos se encontrem no local certo para que sejam prestados cuidados seguros e com os melhores *outcomes* para o cliente.

Para a liderança clínica em enfermagem, torna-se assim essencial a capacidade de articulação de forma credível e convincente, verbalmente e por escrito, relativamente à contribuição dos enfermeiros para os *outcomes* dos clientes (Pereira *et al.*, 2008). Ressalvando a importância e os benefícios para os sistemas de saúde e utentes, das fortes aptidões de liderança dos enfermeiros o *International Council of Nurses* (ICN), criou o Programa de Liderança para a Mudança (PLM), com o objetivo de ajudar os enfermeiros a desenvolverem-se como líderes e gestores num ambiente de saúde em constante mudança. Este programa visou aumentar a contribuição dos enfermeiros para os serviços de saúde e promover a segurança do cliente e cuidados de qualidade, através de estratégias de liderança adequadas e proactivas (Baumann, 2007).

Tendo em linha de conta os pressupostos acima enunciados, os autores AL-Dossary & Maddox (2016), ao nível da sua realidade da Arábia Saudita, revelam a importância de se desenvolverem programas adequados de integração dos enfermeiros na prática profissional. No estudo realizado por estes autores é evidenciado que os recém-licenciados se deparam com a necessidade de assumir responsabilidades de liderança clínica na sua prestação direta de cuidados, papel para o qual não se encontram devidamente preparados de acordo com o programa de ensino vigente, concluindo-se que é fundamental que os jovens enfermeiros sejam apoiados no início da sua carreira no desenvolvimento de competências de liderança de forma a conseguirem influenciar o seu ambiente de trabalho.

Na mesma linha de pensamento descrita no parágrafo anterior, também Phillips, & Byrne, (2013) desenvolveram um Projeto de Intervenção com o objetivo de fornecer um programa personalizado para os enfermeiros gestores da prestação de cuidados. Na descrição de resultados deste programa de intervenção, ficou patente que a liderança clínica se desenvolve melhor quando a organização também está

empenhada em evoluir através de uma aprendizagem contínua e onde existe um enquadramento de liderança claro com oportunidades de desenvolvimento identificadas. Também Bender & Hites (2016) corroboram as ideias evidenciadas, ao descreverem na conclusão do seu estudo que a prática do *Clinical Nurse Leader* (CNL), enquanto novo papel de enfermagem desenvolvido nos EUA, é uma abordagem à integração contínua de liderança clínica na prestação de cuidados de saúde, com o potencial para melhorar resultados a nível interprofissional, de qualidade e segurança. Os líderes clínicos são reconhecidos como especialistas e como líderes nas suas áreas de atuação específicas (Mcnamara *et al.*, 2011).

1.3. Funções de um Líder

De acordo com os vários aspetos que caracterizam a liderança evidenciados anteriormente, este subcapítulo procura retratar o que vários autores preconizam enquanto capacidades e competências que um líder deve ter, no sentido de proporcionar uma liderança eficaz.

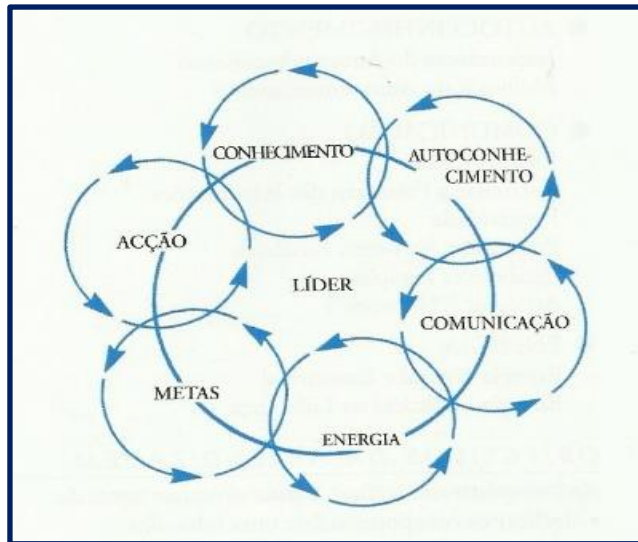
Neste sentido, pode se dizer que segundo Ward (2009), citado por Marquis & Huston, (2005), o líder é quem inspira e dirige a ação, influencia e guia a direção e opinião a seguir. No grupo é a pessoa que tem o conjunto de competências e personalidade que faz com que os outros o queiram seguir. Assim, é o comportamento da pessoa que irá ser determinante para a ocupação de uma posição de liderança, e não o posto de trabalho que ocupa (Marquis & Huston, 2005).

De acordo com o supracitado, pode ser dado a título de exemplo os líderes informais, os quais não têm um cargo que lhes atribua poder ou influência sobre outros, no entanto, devido às suas competências e características de personalidade, influenciam colegas a melhorar o desempenho e a trabalhar no sentido dos objetivos delineados para a prática de cuidados, o que tem impacto ao nível da eficiência e eficácia da organização (Hills, 2014; Hunt Landry & Kerr, 2016).

Deste modo, podem emergir as questões do que é que faz um líder eficiente? Ou como realizar uma liderança eficaz?

Segundo Tappen (2005), a resposta para uma liderança eficiente está nos seis componentes de liderança eficaz, evidenciados na figura seguinte.

Figura 1. Componentes de uma liderança eficaz



Fonte: Tappen,(2005, p. 58)

Assim sendo, segundo Tappen (2005), um líder eficiente é aquele que consegue com sucesso influenciar os outros a trabalhar de forma conjunta, produtiva e satisfatória.

Deste modo e de acordo com a imagem acima evidenciada, para ser considerado um líder eficiente o mesmo deve: apresentar aquisição de **conhecimentos** na sua área profissional e a nível de liderança, ou seja, possuir conhecimentos teóricos e de acordo com capacidades a atingir na sua área profissional e simultaneamente conhecimentos na área de liderança, no sentido de tentar compreender as necessidades e motivações dos liderados e a forma como os mesmos agem individualmente ou em grupo, sabendo relacionar esta informação com o seu próprio comportamento; apresentar **autoconhecimento**, sendo que uma das formas para o aperfeiçoar poderá ser através da observação da reação das pessoas ao seu comportamento, permitindo assim ter uma visão da sua influência nos outros, podendo também de um modo formal e/ou informal solicitar um *feedback* relativamente ao seu desempenho; ter uma **comunicação** clara e eficaz, seja para indicar um conjunto de instruções, tecer elogios ou como um meio encorajador; mobilizar **energia**, pois todas as pessoas apresentam energia, a questão está que uns

a conseguem utilizar de forma mais produtiva que outra. Na interação com os liderados o nível de energia do líder terá grande influência para com os mesmos, a título de exemplo o entusiasmo perante um determinado projeto poderá influenciar/contagiar positivamente as restantes pessoas envolvidas; estabelecer **metas**, sendo que os resultados ou metas a atingir, deverão ser caracterizados por um alinhamento de esforços do líder e dos liderados em prol do alcance das metas da organização; ter uma postura orientada para a **ação**, sendo que um líder eficiente deve ser alguém com predisposição para atuar, uma vez que todas as componentes evidenciadas como comunicação, conhecimento, etc., só assumem real importância e significado se forem colocadas em prática (Tappen, 2005).

O processo de liderança caracteriza-se assim por conduzir um grupo de pessoas por forma a motivar e influenciar os liderados, no sentido de alcançar os objetivos propostos pela organização. Deste modo é importante que o líder tenha uma atitude visionária, um carácter inovador, focando-se nas pessoas, motivando-as. É também de salientar que o exercício de autoridade dos líderes sobre os liderados, só lhes será concedido se houver um reconhecimento da equipa enquanto líder (Fradique & Mendes, 2013).

Os autores supracitados fazem inclusive referência que:

o processo de liderança está principalmente orientado para a consecução de objetivos da organização. Estes devem ser conhecidos pelos colaboradores para que possam ser motivados a aumentar a produtividade, a atingir metas e a obter uma maior satisfação no trabalho. O papel do líder é fundamental na criação de um ambiente de confiança, pois será ele que o impele através de estímulos e do desenvolvimento de competências dos colaboradores, resultando melhor desempenho e maior colaboração (Fradique & Mendes, 2013, p.47).

No que se reporta ao liderar em enfermagem, segundo Gelbcke, Dal Sasso & Souza (2009, p. 137), este processo diz respeito a “saber conduzir, organizando o trabalho de equipa, visando um atendimento eficiente, pois o líder é o ponto de apoio da equipa, quer na educação ou na coordenação do serviço, estimulando a equipa para desenvolver plenamente o seu potencial, o que interferirá diretamente na qualidade da assistência”.

Corroborando a linha de pensamento que tem vindo a ser descrita, Grindel (2016), refere que os líderes clínicos apresentam um conjunto de competências

associada à sua experiência clínica e excelentes habilidades de comunicação, coordenação e colaboração, conferindo-lhes o facto de se distinguirem.

No que respeita à competência comunicacional também já anteriormente mencionada, esta assume o seu relevo, uma vez que poderá permitir aos colaboradores o conhecimento mais profundo dos seus pontos fortes e aspetos a melhorar de uma forma clara e objetiva (Camara, Guerra & Rodrigues, 2010), nomeadamente, “o *feedback*, parte integrante da Análise de Performance Individual, constitui-se como um dos pilares para o desenvolvimento orientado e sustentado dos colaboradores” (Camara et al., 2010, p.920).

De acordo com os pressupostos acima mencionados, é essencial ter em conta que “o cuidar é a essência e o pilar dos enfermeiros, sendo pois o centro das acções dos líderes de enfermagem” (Fradique & Mendes, 2013, p.48).

Tal como sustentado por Honoré (2004), cuidar revela-nos um modo de nos ocuparmos com alguém, de acordo com o cumprimento dos seus desejos e projetos por forma a tentar suprir todas as suas necessidades. Hesbden (2001, p.45), sustenta esta mesma ideia ao indicar que “A arte do cuidar baseia-se, designadamente, em conhecimentos e na capacidade para harmonizar os diferentes elementos que constituem determinada situação.”

Neste sentido, e perante o descrito neste subcapítulo, “o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associada aos seus conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas, revelam-se nesses casos como componentes essenciais a um cuidar de qualidade” (Hesbden, 2001, p. 43).

2. EQUIPAS E A SUA GESTÃO

Ao nível da enfermagem, a liderança e a gestão têm sido mencionadas como sendo fundamentais no que respeita à melhoria da prestação de cuidados, no desenvolvimento e formação dos enfermeiros, assumindo vital importância na mudança nas organizações de saúde (Fielden, Davison e Sutherland) citado por (Melo, 2014).

Num ambiente em que se denota o fenómeno da globalização verifica-se, por parte das organizações, uma grande valorização no que se reporta aos seus recursos humanos. Assim, para o sucesso e sobrevivência das organizações torna-se primordial que estas saibam atrair, desenvolver e reter os trabalhadores mais competentes de modo a alcançar os resultados pretendidos (Mações, 2017).

Neste sentido, “para enfrentar os desafios, os gestores têm de compreender a importância e o potencial dos recursos humanos. Em qualquer organização é vital compreender a importância dos recursos humanos. São as pessoas que constroem as organizações e que asseguram a eficácia do sistema organizativo” (Mações, 2017, p.16). Esta linha de pensamento é também sustentada pelo Regulamento do Perfil de Competências (RPEG, 2015) indicando que o enfermeiro gestor é aquele que “(...) assegura a gestão dos recursos humanos disponíveis, otimizando a sua eficiência, eficácia e produtividade (...)” (Diário da República, 2ª Série – N.º 48, 2015, p. 5950). O mais recente Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, Regulamento nº 76/2018, de 10 de janeiro, também indica que o enfermeiro gestor se assume “(...) como agente de mudança e responsável pelo desenvolvimento profissional dos membros da sua equipa e consequentemente, pelo desenvolvimento organizacional” (p.3748).

Por conseguinte, a forma como são determinados os objetivos individuais e da organização e como são valorizadas e recompensadas as competências e comportamentos eficazes, é considerado como sendo o principal foco de atenção para atingir o seu sucesso. Deste modo, a gestão de desempenho torna-se fundamental, uma vez que permite validar métodos de recrutamento eficientes e diagnosticar necessidades de formação, gerir sistema de recompensas, identificando os colaboradores com potencial de desenvolvimento, levando à construção dos planos de gestão de carreiras (Camara et al., 2010).

Estas considerações supracitadas são também corroboradas por Mações (2017, p. 17), que indica que

o planeamento, recrutamento e seleção, a formação, a gestão das competências e das carreiras, a gestão dos sistemas de avaliação de desempenho e de recompensas, assumem especial destaque na procura de um clima de motivação e de reconhecimento do valor das pessoas, em grupo e individualmente.

Mais especificamente, nos cuidados de saúde, competências como empatia, inteligência emocional, facilidade na adaptação a mudanças e trabalho em equipa, tornam-se essenciais num profissional de saúde. As respetivas competências estão intimamente relacionadas com cuidados de saúde centrados no doente, sendo fulcrais para a otimização dos resultados na prática dos cuidados, pelo que devem ser devidamente procuradas e identificadas pelas organizações de saúde (Earl, 2017).

Neste sentido, torna-se pertinente salientar a influência dos sistemas de recompensa da organização, assim como a motivação dos colaboradores no processo de os atrair e reter, já que o nível de satisfação no trabalho por parte dos enfermeiros, o seu bem-estar psicológico, comprometimento para com a organização e para com a profissão de enfermagem, podem melhorar se a organização se direccionar no cumprimento das promessas indicadas e não fizer promessas infundadas (Rodwell & Gulyas, 2013).

Torna-se assim esperado do colaborador um envolvimento de acordo com os objetivos e missão da organização, no sentido de tentar passar a imagem de que se a organização for bem-sucedida ele também o será (Pinho, 2006).

Deste modo, a gestão de recursos humanos torna-se o elemento essencial na gestão, uma vez que poderá trazer vantagens do ponto de vista competitivo, é elementar para a estratégia organizacional e o modo como as organizações tratam os seus recursos humanos têm consequentemente um impacto a nível do desempenho organizacional (Mações, 2017).

Para que se possa obter uma maior compreensão do comportamento organizacional, não se pode ignorar a integração das pessoas em grupos, já que as organizações são caracterizadas por conjuntos de grupos, com dinâmicas próprias, influenciando a forma como os membros da organização atuam, interagem e vivenciam (Pina e Cunha et al., 2016).

Tal como em muitas outras áreas, na área da saúde o trabalho em equipa tem-se constituído um tema central, sendo que o trabalho em equipa não inclui apenas o coletivo do trabalho, mas sim como é feita a articulação a nível funcional dos vários elementos desse coletivo (Lopes, 2006).

Deste modo, na descrição de gestão de recursos humanos, verifica-se por alguns autores a distinção entre grupos e equipas. Assim, Hayes (2002), citado por Pina e Cunha et al. (2016), retrata equipas como grupos coesos, interdependentes, onde se verifica a partilha de objetivos. Em contrapartida, o grupo já é caracterizado por um conjunto de pessoas que procura alcançar um objetivo partilhado (Pina e Cunha et al, 2016). Mações, (2017), afirma mesmo que “todas as equipas são grupos, mas nem todos os grupos são equipas” (p.81). Corroborando a ideia acima mencionada, o autor faz a distinção de grupos e equipas do seguinte modo:

um **grupo** é um conjunto reduzido de indivíduos interdependentes que se reúnem para alcançar objetivos comuns. Um grupo de trabalho pode definir-se como duas ou mais pessoas que interagem entre si para partilhar informações, tomar decisões e atingir os objetivos organizacionais. Mas um grupo de trabalho não é a mesma coisa que uma equipa. Uma **equipa** é um grupo de pessoas com capacidades complementares, cujos membros trabalham intensivamente entre si para atingirem um objetivo comum (Mações, 2017, p. 80).

Atualmente, as tarefas exigidas nas organizações são demasiado complexas para que possam ser realizadas de forma individual, pelo que os gestores independentemente da dimensão da sua organização, têm necessidade de promover a criação de equipas, no sentido de melhorar a produtividade, incentivar inovação e motivar os trabalhadores (Mações, 2017). Esta situação leva à necessidade de recurso de múltiplas capacidades e diversidade de experiências. Por conseguinte e após realização de vários estudos de carácter empírico, verificou-se que quando se recorre de forma sistemática a equipas, tendo em linha de conta as exigências referenciadas anteriormente para concretização das tarefas, se verifica um desempenho superior do que se fosse realizado de forma individual. Inclusivamente tem-se verificado, por parte das equipas, um carácter de maior flexibilidade e recetividade a ambientes de mudança, comparativamente aos tradicionais departamentos das organizações muito hierarquizados (Mações, 2017). O mesmo autor indica ainda, que aquando da formação das equipas, o gestor deve ter em linha de conta as competências e especializações necessárias dos vários membros, sendo

as equipas um veículo ideal para partilha de informações e implementação de melhorias necessárias, sendo que a melhoria contínua com a participação dos vários colaboradores é a chave para a melhoria da qualidade.

Reportando para a prática de enfermagem, o enfermeiro gestor deverá assumir a posição de elo principal nas equipas e caso seja detentor da perceção dos seus enfermeiros no que respeita à qualidade dos cuidados em enfermagem, poderá implementar, supervisionar e monitorizar alterações nas organizações em prol da obtenção de cuidados de maior qualidade (Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, Regulamento nº 101/2015, 2015). Também a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores (APEGEL, 2009, p.4-5) indica que o enfermeiro gestor “Promove o desenvolvimento moral e profissional da equipa (...) Mantém e desenvolve os recursos/competências existentes em si mesmo e nos outros.”

Segundo Cummings & Germain (2010), o desempenho dos enfermeiros tem-se demonstrado como vital para a qualidade dos cuidados prestados aos clientes e conseqüentemente os comportamentos de liderança em enfermagem têm sido associados ao desempenho dos enfermeiros.

De um modo mais particular, o apelo para a liderança do enfermeiro da prestação de cuidados diretos, tem-se mostrado emergente nos últimos 15 anos, no sentido de assegurar a qualidade de atendimento do cliente, assim como ambientes saudáveis da prática (Grindel, 2016). De acordo com a referida autora, citando Weston, (2008), os enfermeiros têm a autoridade e a liberdade de tomar decisões em relação aos cuidados de enfermagem ao cliente e aos processos de trabalho. Num estudo realizado por MacNamara et al. (2011) indica que a liderança clínica eficaz requer conhecimento da prática, podendo o líder clínico em enfermagem influenciar e motivar a equipa a oferecer cuidados de saúde seguros e eficazes e a apoiar inovações práticas que otimizem os cuidados de saúde.

Sustentando a ideia supracitada (Huber, 2010) refere que na área dos cuidados de saúde, equipas de cuidados interdisciplinares são uma questão de sobrevivência, sendo que equipas de alto desempenho são essenciais para a eficiência e eficácia de uma organização, uma vez que a colaboração e trabalho em equipa são essenciais para atingir os resultados de trabalho de alta qualidade e controlo de custos.

De acordo com a ideia supracitada, perante um determinado trabalho que se pretende realizar, ao ser constituída uma equipa deverá ser tido em linha de conta

alguns elementos essenciais para que a equipa funcione de forma eficaz, sendo que desses elementos se ressaltam: o estabelecimento de metas específicas para o desempenho, habilidades complementares e sobrepostas, compromisso para com uma abordagem comum e responsabilidade mútua para os resultados (Huber, 2010).

Esta linha de pensamento é também sustentada por Pina e Cunha et al. (2016), ao referirem que para a maximização da eficácia e desempenho de uma equipa devem ser tidos em conta diversos fatores como as características pessoais dos vários membros, os recursos disponibilizados e a natureza da tarefa.

Segundo o modelo de Bruce Tuckman, citado por Mações (2017), são considerados cinco estádios para o desenvolvimento de uma equipa: **formação**, **discussão**, **normalização**, **desempenho** e **dissolução**. A fase de **formação** tem em vista o estabelecimento dos primeiros contactos com os vários membros da equipa, sendo que, para facilitar as relações interpessoais e integração dos vários elementos da equipa podem ser promovidas iniciativas e atividades de carácter social. A fase que respeita a **discussão**, está relacionada com situações de potenciais conflitos entre os membros da equipa, nesta situação o gestor assume um papel primordial na mediação de conflitos e tentando reorientar a equipa para a harmonia e coesão do grupo. Após a resolução de conflitos e em que são delineados os objetivos e valores da equipa surge a fase de **normalização**. Nesta fase, é verificada uma maior coesão dos vários membros e é intensificada a interdependência da equipa. Relativamente à fase do **desempenho**, esta caracteriza-se por ter especial atenção no que diz respeito à criatividade, harmonia entre os elementos da equipa e no elevado desempenho das tarefas que lhes são atribuídas. Quando é concluído o trabalho proposto, é considerada a fase de **dissolução**, onde se verifica satisfação pelo alcance dos objetivos atingidos, (Mações, 2017).

Os autores Pina e Cunha et al. (2016) de acordo com o diagnóstico proposto por Wageman et al. (2005) evidenciam **condições capacitadoras** e de **eficácia** nas equipas, que se passará a descrever sucintamente. Dentro das condições **capacitadoras** a equipa terá de ter uma noção clara de quem faz ou não parte da mesma e perceber que o trabalho de todos é interdependente; O objetivo do seu trabalho tem de ser claro e capaz de causar impacto; esta mesma equipa terá de ser homogénea a nível de conhecimentos e competências mas suficientemente diversa a nível das pessoas que a compõem; Cada um dos elementos tem autonomia para

exercer juízos de valor acerca dos procedimentos adotados o que acaba por tornar mais fiáveis e claros os resultados do trabalho realizado; Dentro da equipa é reconhecido o bom trabalho, sendo proporcionadas adequadas condições de formação; A equipa tem acesso a *coaching*, inclusive do próprio líder; No que diz respeito às **condições de eficácia**, a equipa usa estratégias inovadoras, partilhando os seus membros conhecimentos e competências, permitindo interações pessoais positivas e energéticas; Em regra, as pessoas estão satisfeitas por pertencerem à equipa. Deste modo, a formação de equipas é uma estratégia para projetar, implementar, desenvolver e nutrir equipas de trabalho nas organizações.

Corroborando o supracitado e de acordo com as organizações de saúde, segundo Huber (2010) os enfermeiros não funcionam isoladamente, em variadíssimos contextos de prestação de cuidados de enfermagem, os enfermeiros atuam enquanto grupo de trabalho ou como parte de uma equipa. Embora muitas vezes essas equipas sejam somente constituídas por enfermeiros são cada vez mais envolvidas em equipas de trabalho multidisciplinares. Os enfermeiros têm de trabalhar de forma colaborativa, não só com outros enfermeiros e a sua enfermeira chefe, mas também com pessoas que não compartilham a mesma experiência profissional, como por exemplo a nível da estrutura administrativa da organização, do departamento de alimentação, entre outros e são essas atividades interdependentes e de colaboração que ajudam a moldar a prática de enfermagem.

Assim, segundo Huston (2008), citado por Melo (2014) o enfermeiro gestor de cuidados e líder das equipas de enfermagem, de um modo proactivo deve ser capaz de se adaptar nas organizações de saúde, sendo para isso fundamental que desenvolva um conjunto de estratégias que possibilitem conciliar os objetivos da organização com os objetivos da equipa de enfermagem, com o objetivo da melhoria dos cuidados de enfermagem e desenvolvimento do pessoal de enfermagem.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

Tal como referido no enquadramento conceptual, apesar do conceito de liderança clínica ser conhecido desde há várias décadas, desconhecem-se estudos que, em Portugal, explorem esta temática. Assim, face a esta escassez foi considerado pertinente conhecer a perspetiva dos enfermeiros responsáveis de equipa e das suas chefias quanto à sua liderança, assim como ter uma perspetiva dos enfermeiros chefes de serviço quanto aos aspetos que consideram essenciais para nomearem os enfermeiros da prestação de cuidados como chefes de equipa.

A metodologia da investigação é utilizada no sentido de dar referência às fases e procedimentos que constituem uma determinada investigação, sendo nesta fase que é determinado pelo investigador os métodos a utilizar para obtenção de resposta à questão de investigação (Vilelas, 2017).

1.1. Questão de investigação e objetivos

Tal como nos é referido por Vilelas (2017, p.41), “chamamos investigação científica, de um modo geral, à atividade que nos permite obter conhecimentos científicos, ou seja, conhecimentos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis”. Esta linha de pensamento é também sustentada por Bowling (1998), citado por Pais Ribeiro (2010), que nos indica que o método científico consiste num conjunto de regras e procedimentos em que se baseia a investigação.

Mas tal como nos indica Pais Ribeiro (2010), a investigação inicia-se com uma grande questão. Para o presente estudo foi definida como **Questão de Investigação**: Qual a perspetiva dos enfermeiros “chefes de equipa” e suas chefias relativamente à liderança clínica dos enfermeiros “chefes de equipa”?

De seguida foram definidos os objetivos do trabalho, tendo como **objetivo geral**: Compreender a perspetiva dos enfermeiros chefes de equipa e enfermeiros chefes de serviço relativamente à liderança clínica dos enfermeiros “chefes de equipa”. Como **objetivos específicos** definiram-se os seguintes: descrever o modo como os enfermeiros “chefes de equipa” percecionam o seu papel como líderes clínicos; compreender o tipo de liderança clínica exercida pelos enfermeiros “chefes

de equipa”; conhecer as expectativas dos enfermeiros chefes de serviço quanto ao papel dos enfermeiros “chefes de equipa”.

1.2. Tipo de Estudo

Em termos de metodologia trata-se de um estudo de carácter qualitativo que se caracteriza segundo Vilelas (2017, p. 20) por serem estudos que “consideram que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, que não pode ser traduzido em números.”

De acordo com Fortin (2009, p. 20) “a metodologia qualitativa ou subjectivista serve para compreender o sentido da realidade social na qual se inscreve a acção; faz uso de um raciocínio indutivo e tem por finalidade chegar a uma compreensão alargada dos fenómenos”, ou seja, e, tal como referem, Streubert. & Carpenter (2011) a investigação qualitativa tem como finalidade proporcionar uma visão da realidade que é importante para os participantes e não para os investigadores.

De uma forma mais específica, para responder à questão de investigação e de acordo com os objetivos traçados, trata-se de um **estudo descritivo simples de carácter qualitativo**. Segundo Vilelas (2017), os estudos descritivos procuram obter conhecimento de determinada população e/ou fenómeno. Sustentando esta ideia, Fortin (2009), indica que um desenho descritivo permite identificar as características de um determinado fenómeno de modo a obter uma visão geral de uma população ou situação. De acordo com a mesma autora, “o estudo descritivo simples implica a descrição completa de um conceito relativamente a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população” (Fortin, 2009, p. 237).

1.3. Campo de Estudo e Participantes

A Unidade Hospitalar onde foi realizado o respetivo estudo, é constituída por consultas externas na área de obstetrícia e ginecologia, serviço de Urgência, Bloco Operatório de Ginecologia e Bloco Operatório de Obstetrícia com respetivas Unidades de Recobros e Serviço de Unidade de Recobro e Cuidados Intensivos (URCI). Da respetiva Unidade Hospitalar fazem ainda parte 3 serviços de internamento de obstetrícia (Serviço de Puerpério I; Serviço de Puerpério II; Serviço de Medicina Materno-Fetal), 1 serviço de Internamento de Ginecologia, 1 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e 1 Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais. Para aplicação do respetivo estudo elegeram-se as unidades de internamento (Internamento de Medicina Materno-Fetal, de Ginecologia e Pediatria), dada a possibilidade de serem locais que permitem uma melhor análise da prática dos enfermeiros “chefes de equipa” com a sua equipa, uma vez que pelo seu próprio funcionamento evidenciam dinâmicas distintas nomeadamente das consultas, em que neste caso o responsável de um modo geral é o enfermeiro chefe, não existindo um elemento representativo do cargo de “chefe de equipa.” Também de salientar que se trata de uma Instituição inserida num Centro Hospitalar que contempla na sua Missão as áreas de Investigação e ensino, e de acordo com a literatura analisada, a liderança clínica desenvolve-se melhor quando a organização também está empenhada em evoluir através de uma aprendizagem contínua.

De ressaltar, que foi excluído o serviço de Internamento de Puerpério para controlo de subjetividade, dado que representa o serviço onde a investigadora exerce funções.

Num estudo de carácter qualitativo, a população alvo é designada como participantes. Segundo Polit, Beck & Hungler (2001), citados por Streubert. & Carpenter (2011, p.29) “os indivíduos que colaboram no estudo têm um papel activo em vez de passivo por isso são referidos como informantes ou participantes no estudo”. Segundo Sandelowski (1995), citado por Fortin (2009, p. 299) “de modo geral, o número de participantes é determinado pela saturação dos dados, uma situação na qual estes já não trazem novas informações.”

Assim, neste estudo participaram os enfermeiros chefes dos serviços de internamento, em número de 3, os quais foram recrutados após contactos pessoais.

Relativamente aos “chefes de equipa”, em nº de 15, nos 3 serviços onde se realizaram as entrevistas, não se estabeleceu qualquer critério de inclusão para além do facto de ocuparem o cargo de “chefe de equipa”. Para a sua seleção solicitou-se o apoio das enfermeiras-chefes de serviço que indicaram os nomes.

Os participantes enfermeiros chefes eram todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre 51 e 58 anos, com uma média de anos em funções de chefia de 14 anos (mínimo de 10 anos e a máximo de 19 anos). Os enfermeiros “chefes de equipa”, igualmente do sexo feminino, possuem idades entre 32 e 59 anos, constatando-se uma média de 7,4 anos (mínimo de 2 anos e máximo de 20 anos) a assumir funções enquanto “chefes de equipa”.

Todos os participantes apresentavam licenciatura em enfermagem, 1 com grau de Mestre em SMO, 3 em SIP e 1 com grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, no que diz respeito à categoria profissional, 5 eram especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) e 4 especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP). Nenhum dos participantes apresenta formação específica na área da gestão, tendo sido esta área apenas abordada a nível académico em disciplinas que faziam parte dos conteúdos programáticos do curso de mestrado e/ou de pós-licenciatura de especialização dos quais os participantes são detentores. O quadro nº 2 sintetiza a caracterização e codificação dos participantes, sendo os enfermeiros chefes codificados **EC** e os enfermeiros “chefes de equipa” **E**.

Quadro 2: Caracterização e Codificação dos participantes

Participantes	Idade	Sexo	Grau Académico	Categoria Profissional	Ano Conclusão Curso Base	Ano conclusão Especialidade /Mestrado	Anos Exercício Profissional	Tempo de atividade profissional na Instituição	Tempo que assume funções de chefia/chefe de equipa
EC1	51	Feminino	Licenciatura Enfermagem	Enf. ^a ESMO	1987	2000	30 anos	30 anos	15 anos
EC2	58	Feminino	Mestre em Ciências de Enfermagem	Enf. ^a ESMO	1981	1991/1994	37anos	26 anos	19 anos
EC3	55	Feminino	Licenciatura Enfermagem	Enf. ^a ESMO	1988	1997	29 anos	25 anos	10 anos
E1	34	Feminino	Mestre em (SMO)	Enf. ^a ESMO	2006	2014	11 anos	3 anos	2 anos (3 meses como 2º elemento)
E2	47	Feminino	Mestre em (SIP)	Enf. ^a ESIP	1993	2007	25 anos	24 anos	20 anos
E3	32	Feminino	Mestre em (SIP)	Enf. ^a ESIP	2008	2016	10 anos	9 nos	1 ano (2º elemento da equipa)
E4	34	Feminino	Mestre em (SIP)	Enf. ^a ESIP	2008	2015	10anos	9 anos	3 anos
E5	34	Feminino	Licenciatura Enfermagem	Enf. ^a ESMO	2007	2012	11 anos	11 anos	3 anos
E6	41	Feminino	Licenciatura Enfermagem	Não aplicável	2000	Não aplicável	19 anos	7 anos	3 anos (1 ano 2º elemento)
E7	59	Feminino	Licenciatura Enfermagem	Enf. ^a ESIP	2003	2010	28 anos	27 anos	20 anos

1.4. Instrumento de Colheita de Dados

Os dados foram colhidos através de entrevistas semi-estruturadas. De acordo com Pais Ribeiro (2010, p.68) a entrevista “consiste num método de recolher informação através de conversa ou de questões colocadas (...).”

Para Fortin (2009), a entrevista é o principal método de colheita de dados nas investigações de carácter qualitativo permitindo, entre outras funções, examinar conceitos e compreender o sentido de um determinado fenómeno tal como é percebido pelos participantes. No caso mais específico das entrevistas semiestruturadas, segundo Vilelas (2017, p.307) “(...) combinam perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado tem possibilidade de relatar as suas experiências e vivências sobre o tema proposto”. Segundo o mesmo autor, é um modo de colheita de dados mais flexível, pois apesar de existirem perguntas orientadoras, permite que

os participantes se sintam num contexto informal. Nesta linha de pensamento é necessário ter em atenção que as entrevistas não devem ser conduzidas sem a devida preparação e compreensão do processo, intenção e resultado pretendido (Streubert. & Carpenter, 2011).

Foram então elaborados dois guiões de entrevista, um para os enfermeiros chefes e o outro para os enfermeiros “chefes de equipa” (Apêndices I e II, respetivamente).

As entrevistas foram organizadas em três partes, sendo que numa primeira parte da entrevista foram explicitados os objetivos do estudo, de modo a assegurar o cumprimento dos princípios éticos. Numa segunda parte foi realizada a colheita de dados pessoais (idade e género) e profissionais (grau académico; ano de conclusão do curso base; ano de conclusão de curso de pós-licenciatura de especialização/mestrado (se aplicável); n.º de anos de exercício profissional; n.º de anos de atividade profissional na Instituição; n.º de anos em funções enquanto “chefe de equipa” ou chefia de serviço, de acordo com o participante a ser entrevistado), de modo a permitir a caracterização dos participantes. Numa terceira parte seguiu-se o corpo da entrevista com questões semiestruturadas, de acordo com os temas previamente delineados e objetivos propostos.

Após parecer favorável da Instituição e respetivas Unidades Funcionais para a realização do estudo, foram realizadas duas entrevistas pré-teste, uma a um enfermeiro chefe e outra a um enfermeiro “chefe de equipa”. Este procedimento foi realizado por forma a permitir a verificação da adequação do guião de entrevista, de modo a que fosse possível identificar “(...) eventuais problemas no guião (demasiado extenso, redundância do questionamento, desajustamento das questões relativamente aos objetivos propostos) (...)” (Vilelas, 2017, p.313).

Após a realização das respetivas entrevistas verificou-se que os guiões eram adequados aos objetivos propostos, não havendo necessidade da realização de ajustes e/ou reformulação dos mesmos.

1.5. Procedimentos de colheita e tratamento de dados

Para a colheita de dados foram efetuadas 10 entrevistas, 3 a enfermeiros chefes e 7 a enfermeiros “chefes de equipa”, com a duração mínima de 10 minutos e máxima de 39 minutos.

Após tomada de decisão de participação voluntária, no trabalho de investigação, com o esclarecimento prévio da natureza e objetivos do mesmo, em contactos pessoais, foram acordados com os participantes a data, hora e local a realizar as entrevistas, tendo sido todas elas realizadas nos serviços onde os participantes exercem funções, maioritariamente nos gabinetes dos enfermeiros chefes ou em salas de enfermagem que possibilitassem um ambiente o mais familiar possível para o entrevistado, tranquilo e o mais possível livre de interrupções e /ou influências exteriores procurando preservar a privacidade dos participantes. Para além deste aspeto no decurso das entrevistas tentou-se utilizar uma linguagem o mais acessível possível, num tom informal, de conversa, realizando perguntas adicionais no sentido de clarificar as questões que não ficaram bem explicitas e motivar a obtenção de repostas.

No sentido de evitar enviesamentos dos dados obtidos foram evitadas “(...) perguntas tendenciosas, ou seja perguntas que sugerem uma resposta específica” (Vilelas, p.314) e tendo em conta os pressupostos na aplicação das entrevistas semiestruturadas, que contemplam um conjunto de questões fechadas associadas a questões abertas em que, nestas últimas, “proporcionam uma variedade mais ampla de repostas, pois estas podem ser emitidas livremente por quem reponde” (Vilelas, 2017, p.320), tentou-se sempre direcionar a entrevista no sentido de dar repostas aos objetivos pretendidos, sempre que algum entrevistado se afastava do tema em questão.

As entrevistas decorreram no período entre o dia 10 de outubro de 2018 e 21 de janeiro de 2019, tendo sido realizadas um total de 10 entrevistas áudio-gravadas. O distanciamento da realização das entrevistas deveu-se ao facto de coincidir com alguns períodos de férias dos participantes e processos de auditoria interna a que foi submetida a Instituição, condicionando a disponibilidade dos participantes.

Após a realização/gravação das entrevistas procedeu-se à transcrição integral das mesmas, sendo o *corpus* da análise constituído pelos discursos integrais dos entrevistados. “O *corpus* da análise configura-se como o conjunto de comunicações essenciais para a compreensão do objeto de estudo (...)” (Pardal & Lopes, 2011).

Depois de ter sido efetuada a colheita de dados, foi necessário organizar a informação obtida de modo a possibilitar a sua melhor compreensão e significado. Deste modo, foi utilizado o método de análise de conteúdo para análise e tratamento dos dados obtidos através das entrevistas realizadas, que segundo Bardin (2014, p.44),

(...) designa-se sob o termo de análise de conteúdo: um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo de mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Segundo a mesma autora a análise de conteúdo processa-se em três fases distintas: a pré-análise; a exploração do material e, por fim, o tratamento dos dados onde se incluem a inferência e a interpretação.

Por conseguinte, na fase de pré-análise após várias leituras flutuantes das entrevistas realizadas, que “(...) consiste em estabelecer contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações” (Bardin, 2014, p.122), tentou-se primeiramente apreender de um modo geral a perspetiva dos enfermeiros “chefes de equipa” e enfermeiros chefes de serviço face à liderança clínica dos enfermeiros “chefes de equipa”. As primeiras leituras das entrevistas possibilitaram realizar um esboço de um conjunto de categorias possível de acordo com os temas presentes nos guiões de entrevista, bem como dos discursos que emergiram dos participantes.

Na segunda fase da análise de conteúdo que se reporta à exploração do material, os dados obtidos foram de forma sistemática agregados em unidades através de codificação, sendo que a mesma se reporta ao “(...) *processo pelo qual, os dados brutos são transformados e agregados em unidades que permitem uma descrição exacta das características relevantes do conteúdo* (Holsti (1969), citado por Bardin, 2014, p.129). Segundo a mesma autora “o tema é geralmente utilizado como unidade de registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc.” (Bardin, 2014, p. 131), sendo a unidade contexto “(...),

uma unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo” (Bardin, 2017, p.133).

Por conseguinte, a análise de conteúdo deste estudo deu origem à de duas grelhas de análise, uma respeitante à análise das entrevistas aos enfermeiros chefes e outra para os enfermeiros “chefes de equipa”, as quais foram estruturadas por temas, que integraram as categorias e, posteriormente, em subcategorias (Apêndice III). Neste sentido, Bardin (2014, p.145), afirma, que a categorização consiste na “divisão das componentes das mensagens analisadas em rubricas ou categorias (...)” sendo a mesma “(...) uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento (...)”.

Nesta exploração de material em que se procedeu à codificação das unidades de registo e de contexto em (Apêndice IV) será apresentado um exemplo de entrevista codificada.

De salientar que todo este processo de codificação e categorização, sofreu várias reformulações, que levaram a constantes leituras das entrevistas, procurando ter em máxima consideração o sentido do discurso dos participantes.

Na terceira fase, no tratamento dos dados, perante as entrevistas, procedeu-se à segmentação em unidades de registos, tal como referenciado anteriormente. Essas mesmas unidades foram distribuídas pelas categorias e subcategorias presentes na grelha, originando uma tabela que integrava todas as asserções/unidades de registo e que foi fulcral neste processo, sendo ponto de partida para a análise e discussão dos dados.

De salientar, que a recolha de dados foi realizada perante dois tipos de participantes, uma vez que se pretendia analisar o enfermeiro “chefe de equipa”, no seu papel enquanto líder clínico, sob a perspetiva dos próprios enfermeiros “chefes de equipa” e as expectativas por parte dos enfermeiros chefes. Deste modo tentou-se elaborar um sistema de categorias e subcategorias o mais uniforme possível, de modo a que possibilitasse a análise conjunta dos discursos dos 2 tipos de atores e permitisse que emergissem eventuais perspetivas coincidentes ou divergentes entre os mesmos.

1.6. Procedimentos e Considerações Ético-Legais

Para o desenvolvimento de um projeto de investigação que envolva pessoas, há que considerar a concordância da investigação segundo o código de ética (Pais Ribeiro, 2010). Assim foi realizado um pedido de autorização à Instituição (Apêndice V) onde se pretendeu a realização das entrevistas, assim como foi entregue aos participantes o consentimento informado e esclarecido (Apêndice VI), garantindo a confidencialidade e anonimato dos participantes.

“A ética é a ciência da moral que regula a nossa postura e o nosso comportamento. Ou seja, é um juízo filosófico, acerca do que é mais correto, baseado em princípios usados para justificar ações e resolver problemas” (Vilelas, 2017, p. 423).

O mesmo autor salienta que quando se inicia um processo de investigação, sobretudo quando estão envolvidos seres humanos, deve ser respeitado o direito à **autodeterminação**; à **intimidade**; ao **anonimato** e **confidencialidade**; **direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo** e a um **tratamento justo e equitativo**.

Assim sendo, no que diz respeito ao direito pela **autodeterminação**, passou pelo facto dos inquiridos decidirem autonomamente em participarem ou não na investigação. Relativamente ao direito à **intimidade**, apesar de algumas questões levarem à exposição de opinião/sentimentos, os inquiridos eram livres da informação que pretendiam dar nas suas respostas, e os dados obtidos não foram divulgados a terceiros.

No que concerne ao direito ao **anonimato e à confidencialidade**, procedeu-se à codificação nas entrevistas, com nomes fictícios, impossibilitando assim o reconhecimento dos inquiridos

O direito à **proteção contra o desconforto e o prejuízo** foi também assegurado, uma vez que foi apenas solicitado a colaboração dos participantes nas respostas referentes ao guião de entrevista, sendo o respetivo estudo apenas aplicado após autorização prévia do Presidente do Conselho de Administração e do Presidente Conselho de Ética, da instituição onde o estudo foi aplicado (Anexo I).

Por fim, no que respeita ao direito a um **tratamento justo e equitativo**, considera-se que foi igualmente respeitado, uma vez que os inquiridos foram

devidamente elucidados quanto à natureza e finalidade da investigação, assim como quanto aos métodos utilizados no estudo, tendo sido facultado aos participantes o consentimento informado e esclarecido que teriam de assinar, mediante a decisão de participarem no respetivo estudo.

2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise efetuada às entrevistas realizadas aos enfermeiros, que constituem os participantes deste trabalho, teve como linhas orientadoras os temas, as categorias e as subcategorias identificadas de acordo com o enquadramento conceptual e as entrevistas realizadas. Por conseguinte, durante a mesma serão apresentados fragmentos das entrevistas e não a totalidade dos discursos, articulando-os com o enquadramento conceptual, por forma a tentar ilustrar uma vertente mais prática a esta análise.

Do processo de análise realizado emergiram três grandes temas: Ser “chefe de equipa”, “Liderança Clínica” e “Motivos Organizacionais que condicionam o desenvolvimento do papel do líder clínico”. Perante estes três temas surgiram algumas categorias que serão analisadas de acordo com as subcategorias identificadas para cada uma delas. Nas subcategorias encontram-se contempladas as unidades de registo que foram apuradas após o processo de análise das entrevistas.

Tendo em conta a proteção da confidencialidade dos enfermeiros entrevistados, os excertos serão identificados por códigos (E para enfermeiros chefes de equipa e EC para enfermeiros chefes, sendo numerados de acordo com a ordem cronológica em que foram realizadas as entrevistas. (E1,E2, etc.).

No que concerne à apresentação dos excertos das entrevistas, foi utilizada a seguinte pontuação suplementar:

- ... Indica pausa no discurso;
- (...) -Indica excerto de discurso sem relevância para a análise;
- [] –Frase ou palavra que esclarece o significado do testemunho.

Tema I – Ser “chefe de equipa”

Relativamente a este tema emergiram 2 categorias que passam a ser evidenciadas no quadro 3, tendo em linha de conta as subcategorias encontradas e os dados que se obtiveram em cada uma delas.

Quadro 3: Tema I Ser “chefe de equipa”: categorias e subcategorias

Tema	Categorias	Subcategorias
I – Ser “chefe de equipa”	Ia – Conceito de chefe de equipa	
	Ib- Funções do “chefe de equipa”	1.Gestão de cuidados
2.Gestão de pessoas		

Relativamente à primeira – **Conceito de chefe de equipa** e como nos diz Pina e Cunha et al. (2016) as equipas deverão evidenciar condições capacitadoras, de forma a que todos os elementos saibam o trabalho de cada um, nomeadamente o do “chefe de equipa”. Nesta categoria a título de exemplos os participantes referiram que o “(...) chefe de equipa é alguém que faz a gestão de cuidados dentro do seu próprio turno (...)” (EC2, I, Ia); (...) organizar também o turno e tentar perceber quem é que vai fazer determinada tarefa (...)” (E5, I, Ia).

De acordo com a globalidade dos discursos analisados, todos os participantes no estudo consideram que o “chefe de equipa” é um elemento central no seio das equipas, dos cuidados e das respetivas unidades funcionais onde exercem funções: “(...) pessoa que responde a todas as questões, que sabe organizar o serviço (...)” (E2, I, Ia); “(...) têm que ter todas as ferramentas, todas as competências, toda a informação necessária para que possam dar continuidade ao funcionamento do serviço as 24 horas (...)” (EC3, I, Ia).

A forma como este conceito é caracterizado faz transparecer um papel de gestão quotidiana e operacional que necessariamente tem de existir para que haja um bom funcionamento dos serviços de saúde, alguém que substitui o chefe velando para que tudo corra bem, mas trabalhando lado a lado com os restantes enfermeiros sem ter um cargo muito definido. “(...) “chefe de equipa” (...) aquele que tem a responsabilidade de assumir o que quer que ocorra durante o seu próprio turno.” (E5, I, Ia); “[ser] (...) fundamentalmente e principalmente um colega (...)” (E7, I, Ia).

“(...) elemento (...) dinamizador da equipa (...) servir de apoio aos outros colegas (...) que intervém na tomada de decisões(...)” (E2, I, Ia); “(...) além de liderarmos a equipa(...) somos mediadores(...) para os nossos chefes, na dinâmica da equipa (...) na gestão do material, da medicação(...)” (E3, I, Ia); (E4, I, Ia); “(...) pessoa na equipa que tem mais responsabilidade e que perante alguma decisão a ter que ser tomada é da sua responsabilidade essa decisão (...) é sua função também moderar a restante equipa, portanto conflitos (...) organizar também

o turno e tentar perceber quem é que vai fazer determinada tarefa (...)” (E5, I, Ia); (...) aquele que tem a responsabilidade de assumir o que quer que ocorra durante o seu próprio turno.” (E6, I, Ia). Assim, parece-nos que este cargo é visto como instrumental, ou seja, como uma necessidade face à necessária coordenação de uma equipa de trabalho.

Tendo em consideração a vertente organizativa do seu papel questionamo-nos se estes enfermeiros para além de serem possuidores de competências relacionais como a empatia e maturidade pessoal e profissional não deverão ter desenvolvidas competências de gestão eficiente dos recursos materiais e humanos “(...) otimizando a sua eficiência, eficácia e produtividade (...)” (Diário da República, 2ª Série – N.º 48, 2015, p. 5950), como irá ser abordado de uma forma mais abrangente na categoria seguinte.

A segunda categoria remete para as **Ib- Funções do “chefe de equipa”**, da qual emergem duas subcategorias sendo a primeira (1) Gestão de cuidados e a segunda (2) Gestão de pessoas, respetivamente.

A gestão de cuidados desempenhada pelos enfermeiros da prestação direta de cuidados tem assumido uma importância crescente na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. De um modo geral, tanto nos enfermeiros chefes como nos enfermeiros “chefes de equipa”, a incidência de respostas parece evidenciar que este papel se desenrola e é esperado que o seja em torno da gestão de recursos materiais e a gestão de vagas da unidade. Esta constatação é evidenciada por E3 ao afirmar que os “chefes de equipa” a sua gestão de cuidados prende-se muito com as situações específicas de cada turno:“(...) gestão de vagas (...) se houver falha de material (...) necessário pedir empréstimo (...) passa tudo pelo “chefe de equipa (...)” (E3, I, Ib,1). No entanto, no que respeita aos enfermeiros chefes os mesmos consideram que os “chefes de equipa” são os elementos que devem ser os responsáveis pela gestão da globalidade do serviço na sua ausência. “(...) na ausência do chefe é o responsável pela gestão de vagas, terapêutica, material, recursos humanos (...) (EC1, I, Ib,1) imputando-lhes uma maior abrangência de responsabilidade e uma autoridade que não é claro que os mesmos compreendam verificando-se assim um desajuste entre as expectativas da chefia e o papel percebido pelos “chefes de equipa”.

No que respeita à Gestão de Pessoas, os enfermeiros chefes reportaram a importância do nível de formação dos chefes de equipa, como estes promovem a

aprendizagem na equipa e, como os mesmos são conhecedores dos pontos fortes e pontos fracos dos seus elementos tal como verbalizado por EC3: “(...) perceber as dificuldades que a sua equipa tem (...)” (EC3, I, lb, 2); “[e] (...) deve ser um elo de ligação entre a chefia e a equipa (...) a nível de formação dentro da equipa existe autonomia para perceberem o que necessitam desenvolver a nível formativo e posteriormente me ser comunicado.” (EC1, I, lb, 2). Assim, associado a esta ideia emergem as funções de supervisão e delegação dos cuidados de enfermagem, tal como a de resolução de problemas. “Enfermeiro responsável pela supervisão dos cuidados de enfermagem (...)” (EC1, I, lb,2); “(...) determinem as necessidades e deleguem nos colegas (...)” (EC2, I, lb, 2); (...) numa situação de crise conseguirem juntamente com a equipa encontrar a resolução dos problemas (...)” (EC3, I, lb, 2).

Relativamente ao discurso dos enfermeiros “chefes de equipa” nas suas asserções verificou-se uma complementaridade do que foi evidenciado pelos enfermeiros chefes no que reporta à delegação, aprendizagem “(...) delegar (...) aos meus colegas determinadas questões (...) importante para o crescimento pessoal delas (...)” (E2, I, lb, 2);

Noutra perspetiva os enfermeiros “chefes de equipa” fazem referência à maximização dos recursos humanos disponíveis, através da divisão do trabalho e das necessidades do serviço: “(...) principal responsável pelas distribuições dos enfermeiros de acordo com as necessidades do serviço (...)” (E1, I, lb,2); corresponsabilizando todos os elementos (desde os enfermeiros da equipa, as assistentes operacionais e familiares dos utentes) “(...) as pessoas também precisam de se sentir responsabilizadas (...)” (E1, I, lb,2); mas fomentando o trabalho de equipa e o apoio aos pares. “(...) o papel do “chefe de equipa” também é apoiar (...)” (E3, I, lb,2). Segundo Lopes (2006) o trabalho em equipa não inclui apenas o coletivo do trabalho, mas sim como é feita a articulação a nível funcional dos vários elementos desse coletivo, pois tal como é sustentado por Mações (2017), contrariamente a um grupo que se caracteriza por “(...) um conjunto de indivíduos que se reúnem para alcançar objetivos comuns” a “(...) equipa é um grupo de pessoas com capacidades complementares, cujos membros trabalham intensivamente entre si para atingirem um objetivo comum” (Mações, 2017, p.80). Segundo o mesmo autor aquando da formação das equipas, quem as gere deve ter em linha de conta as competências e especializações necessárias dos vários membros, facto este também constatado em algumas citações dos participantes: “(...) quando trabalhamos em equipa (...) conhecemos as pessoas com quem trabalhamos e as

capacidades delas (...)” (E3, I, Ib, 2); “(...) o chefe de equipa tem que perceber perfeitamente as pessoas que tem consigo naquele turno e distribuir as situações mais complicadas (...) aos mais peritos (...)” (EC3, I, Ib,2).

Seguidamente surge o **Tema II Liderança Clínica**, do qual emergem duas categorias com subcategorias associadas, que serão descritas abaixo de forma individual.

Quadro 4: Tema II Liderança Clínica: categorias e subcategorias

Tema	Categorias	Subcategorias
II – Liderança Clínica (Grelha de análise dos Enfermeiros Chefes)	IIa – Ser Líder Clínico	1.Factores Intrínsecos do Líder Clínico
		2 Fatores associados às tarefas a desempenhar
	IIb- Imagem do líder clínico	1 Exercício pretendido de liderança clínica
Tema	Categorias	Subcategorias
II – Liderança Clínica (Grelha de análise dos Enfermeiros “chefes de equipa”)	IIa – Ser Líder Clínico	1.Factores Intrínsecos do Líder Clínico
		2 Fatores associados às tarefas a desempenhar
	IIb- Imagem enquanto líder clínico	1 Reconhecimento da equipa
		2 Desempenho ao assumir funções de líder clínico

A primeira categoria reporta-se ao **(IIa) Ser Líder Clínico**, em que emergem duas subcategorias uniformizadas para os dois tipos de participantes, sendo a primeira Fatores intrínsecos aos líderes clínicos e a segunda Fatores associados às tarefas a desempenhar.

Relativamente aos (1) Fatores intrínsecos aos líderes clínicos, as asserções dos enfermeiros “chefes de equipa” remetem essencialmente para as características individuais que referem que devem estar presentes num líder clínico “(...) ser uma

pessoa ativa (...) uma pessoa empática (...) que consegue manter a calma(...)" (E4, II, IIa, 1); "Alguém (...) proativo, que mostre segurança, empático (...) companheiro (E5, II, IIa, 1).

Sob a mesma subcategoria as asserções dos enfermeiros chefes incidem sobretudo nas competências relacionais e técnicas e pelo facto do líder clínico dever ser considerado como um exemplo. "(...) ser um exemplo da equipa (...) tem que ter competências relacionais (...)" (EC1, II, IIa, 1); "(...) conseguir motivar e cativar a equipa para as funções que lhes são atribuídas (...)" (EC2, II, IIa, 1).

Nesta subcategoria verificam-se aspetos em comum focados por ambos os tipos de participantes e que remetem essencialmente para a capacidade de comunicação ao considerarem que os "chefes de equipa" deverão ser detentores. "(...) tem que ter uma capacidade de comunicar (...)" (EC1, II, IIa, 1); "(...) [alguém] "(...) que tenha uma boa capacidade de comunicação (...)". A importância da habilidade da comunicação na liderança das equipas é também sustentada por Fradique & Mendes (2013, p.52). "(...) ao referirem que o fator "comunicação" é essencial para o exercício da influência na coordenação das atividades em grupo, de modo a efetivar o processo de liderança, visando mudanças no comportamento do indivíduo através de atitudes, desempenho que leve à satisfação profissional." Também Pina Cunha et al. (2016, p.414) defendem que "sem comunicação, não pode haver organização, gestão, cooperação, motivação (...)"

É também coincidente o facto dos "enfermeiros chefes" de equipa e as suas chefias considerarem o "chefe de equipa" como um exemplo "(...) reconhecer nele um exemplo (...)" (EC2, II, IIa, 1); "(...) ser um líder é exatamente pelo exemplo (...)" (E7; II, IIa, 1). Este facto assenta num estilo de liderança transformacional sustentado por Curtis & O'Connell (2011) que nos indicam que o líder transformacional conduz através do exemplo e proporciona autonomia aos colaboradores para alcançar a visão. Também sustentado por Pina e Cunha et al.(2016), o líder deve atuar sob uma liderança inspiracional constituindo-se como um modelo de comportamentos que inspiram os outros com um espírito de equipa e entusiasmo para as tarefas a desempenhar, tal como irá ser mais explorado na subcategoria seguinte.

No que respeita à subcategoria (2) Fatores associados às tarefas a desempenhar os enfermeiros chefes apontam essencialmente para a capacidade dos enfermeiros "chefes de equipa" motivarem e cativarem a equipa para as tarefas que lhes são atribuídas, aspeto este também evidenciado pelos enfermeiros "chefes de

equipa”, “[tem que] conseguir motivar e cativar a equipa para as funções que lhes são atribuídas(...) (EC2, II, IIa, 2); “(...) ser um exemplo na equipa (...) ter competências para resolver o que for preciso (...); (EC1, II, IIa, 2); “(...) consiga convencer os outros a fazer aquilo que ele considera que tem que ser feito (...) ser um exemplo (...); (E2, II, IIa, 2); “(...) ser a pessoa que melhor consegue chegar aos outros (...) que consegue motivar (...) que consegue dar as ferramentas para fazer um melhor trabalho(...) (E5, II, IIa, 2), sendo por estes ainda ressaltado a importância de serem detentores de conhecimentos suficientes para o desempenho das tarefas e serem um suporte para a equipa: “Alguém com conhecimentos suficientes (...) para organizar e compreender a gestão (...) e a organização do serviço (...) (E1, II, IIa, 2); “(...) pessoa que dá segurança e tranquilidade à equipa (...) como se fosse um pilar da equipa (...) a equipa apoia-se nessa pessoa (...)” (E3, II, IIa, 2).

Estas expectativas quanto ao que é um líder clínico também são referidas por Gelbcke, Dal Sasso & Souza (2009, p. 137) ao afirmarem que “(...) o líder é o ponto de apoio da equipa, quer na educação ou na coordenação do serviço (...)”.

No âmbito da capacidade de motivar Burns (1978), citado por Marquis & Huston (2005), refere que tanto líderes como liderados têm capacidade de levar um ou outro a níveis altos de motivação e moralidade. Em síntese, ser líder clínico parece ser compreendido como alguém que deve ser um modelo a seguir, inspirando a sua equipa na concretização das tarefas a desempenhar. Os autores Chávez e Yoder (2015) também identificam liderança clínica como o processo em que os enfermeiros exercem influência significativa sobre os outros indivíduos na equipa de saúde.

A segunda categoria do segundo tema remete para a **(IIb) Imagem do Líder Clínico** aqui emerge para os enfermeiros chefes a subcategoria referente ao Exercício pretendido de liderança na equipa, sendo que para os enfermeiros “chefes de equipa” emergem duas subcategorias a primeira que se reporta ao Reconhecimento da Equipa e a segunda ao Desempenho da liderança clínica. As respetivas categorias serão analisadas individualmente de acordo com as asserções dos entrevistados, analisando em simultâneo os pontos comuns e /ou divergentes. Foi assim solicitado aos enfermeiros chefes que descrevessem como esperavam que os seus chefes de equipa exercessem a sua liderança na equipa e aos enfermeiros “chefes de equipa” a descrição de como exerciam a sua liderança na equipa que integravam.

Assim, no que se refere à subcategoria 1 Exercício pretendido de liderança na equipa, os enfermeiros chefes evidenciam de uma forma global que os “chefes de

equipa” enquanto líderes clínicos, devem ter capacidade de levantamento das necessidades, sejam elas quais forem, tanto a nível, pessoal, dos elementos da equipa como do serviço e em que por vezes o seu tipo de liderança terá que ser mais impositor no sentido de concretização dos objetivos pretendidos.

“(…) perceber quais as necessidades pessoais e profissionais de cada um dos enfermeiros (...) realizar o levantamento das necessidades de formação (...) das dificuldades do processo de integração (...) [realizar] a supervisão desse elemento [que está ser integrado] (...) depois o elo de ligação comigo” (EC2, II, IIb,1); “(...) eles têm que saber o que se espera deles (...) o chefe tem que lhes dizer o que espera que eles façam (...) (EC1, II, IIb, 1); “O chefe de equipa terá que conhecer bem a sua equipa, as características de cada um dos elementos da equipa (...) saber o que tem que concretizar e as coisas serem negociadas (...)” (EC3, II, IIb, 1); “(...) há um guia orientador em relação aquilo que deve ser a integração do novo elemento (...) aí o chefe de equipa tem que ser mais impositor, tem que fazer concretizar esse objetivo (...)” “(...) cada chefe de equipa faz um planeamento em relação à distribuição dos utentes diariamente (...) tendo por base (...) a situação de complexidade (...) é uma prática (...) [os] chefes de equipa atribuírem a si próprios as situações mais complexas (...) (EC3, II, IIb, 1); “(...) ser líder é muito mais do que ser chefe (...) são coordenadores, dentro da sua área (...) tem muito a ver com a competência (...)” (EC2, II, IIb, 1). Tal como é descrito por Mcnamara et al. (2011), os líderes clínicos são reconhecidos como especialistas em práticas e como líderes nas suas áreas de atuação específicas.

Das asserções evidenciadas verificam-se algumas semelhanças da figura do CNL que tal como é evidenciado por Baernhoult & Cottingham (2011) os CNL's são detentores de competências e conhecimentos para criar mudanças dentro de sistemas complexos e melhorar resultados enquanto continuam a ser prestadores de cuidados diretos.

Tal como nos é indicado por Tappen (2005) para uma liderança eficaz o líder tem de adquirir conhecimentos tanto ao nível da área profissional como ao nível da liderança, ou seja, possuir conhecimentos teóricos e de acordo com capacidades a atingir na sua área profissional e simultaneamente conhecimentos na área de liderança por forma a tentar compreender as necessidades e motivações dos liderados.

Já na subcategoria 1 Reconhecimento da equipa, criada a partir dos discursos dos enfermeiros “chefes de equipa” aparenta existir uma ideia partilhada por todos os “chefes de equipa” que são reconhecidos enquanto líderes clínicos pelas suas

equipas, emergindo essencialmente esse reconhecimento pela sua experiência, características pessoais e competências técnicas.

“Sim (...) as pessoas acabam por me respeitar (...) confiar (...) nas minhas opiniões, no meu trabalho (...)” (E1, II, IIb, 1); “Sim (...) por uma questão de experiência (...) nesta área (...) é reconhecido pelos meus colegas (...)” (E2, II, IIb, 1); “Considero, sim (...) pela minha tranquilidade, pela minha sensatez, ser uma pessoa ponderada (...) fui conquistando as pessoas da minha equipa (...)” (E3, II, IIb, 1); “Da minha equipa sim (...) porque sou mais velha (...) sinto que elas me vêem como líder com mais facilidade nesse sentido (...) eu também não imponho nada (...) é tudo conversado (...)” (E5, II, IIb, 1); “(...) posso dizer que sim (...) [pela] parte relacional, uma boa capacidade de adaptação (...) uma pessoa segura na prestação de cuidados (...)” (E6, II, IIb, 1);

Contudo, apesar de sentirem que é este reconhecimento dos seus pares que lhes dá o “título” de líder clínico não impede que os mesmos levantem dúvidas. “(...) sou muito calma (...) quando falo não consigo dar ordens (...) talvez seja uma líder *low-profile* (...) [mas] da minha equipa sinto muito reconhecimento (...)” (E5, II, IIb, 1); “[sou] uma pessoa segura na prestação de cuidados (...) mas há coisas (...) que eu gostaria de saber mais (...) não me acho nada um líder (...)” (E6, II, IIb, 1). No que se reporta ao reconhecimento é também evidenciado por (Fradique & Mendes, 2013) que o exercício de autoridade dos líderes sobre os liderados, só lhes será concedido se existir um reconhecimento da equipa enquanto líder.

Relativamente à subcategoria 2 Desempenho da Liderança Clínica os enfermeiros “chefes de equipa” à semelhança do que foi focado pelos enfermeiros chefes, também consideram que no exercício da sua liderança clínica devem ser detentores de conhecimentos necessários ao desempenho das suas tarefas, conhecimento das capacidades dos elementos da equipa e das necessidades de formação.

“Para sermos um modelo na prestação de cuidados (...) temos que ter conhecimentos suficientes para que (...) consigam confiar no nosso trabalho (...) [possuir] conhecimentos mais atualizados possível (...)” “Tentar perceber quais são os objetivos da equipa (...)” (E1, II, IIb, 2); “(...) além de exercer liderança, tem que se dar oportunidade aos outros elementos da equipa de crescerem (...)” “(...) incentivo à formação (...)” (E4, II, IIb, 2). A liderança clínica tem-se tornado um conceito comum em vários contextos distintos, nomeadamente administração e gestão e educação (Chávez & Yoder, 2015).

Denota-se em ambos os tipos de participantes que na distribuição dos utentes esta deve ser realizada de acordo com a complexidade e capacidade de resposta dos elementos da equipa. “(...) não vou atribuir um bebé em risco de paragem cardiorrespiratória se (...) a nível de conhecimento (...) não adquiriram aquele nível de excelência (...)” E4, II, IIb, 2); “(...) tento perceber se a pessoa se está a sentir bem ou não, onde é que tem mais dificuldades, onde se sente mais perdida (...)” (E5, II, IIb,2). Tal como nos indica Grindel (2016) a liderança clínica é reconhecida como uma competência profissional essencial para assegurar qualidade e segurança nos cuidados.

Está ainda patente nas asserções relativas a este desempenho a preocupação com o desenvolvimento da equipa e das suas competências relacionais, voltando a ser mencionada a importância da motivação, o papel que assumem como motivadores da equipa: “(...) temos várias saídas fora do serviço (...) é importante para nós desabafarmos, termos um conhecimento maior daquela pessoa (...)” (E4, II, IIb,2 “ (...) é importante nós delegarmos (...) as pessoas sentem que confiamos nelas (...) também é por aí que se conquista um bocadinho os nossos colegas de equipa (...)” (E3, II, IIb,2); “(...) conseguir motivar a equipa (...) quem faz as coisas por gosto, faz sempre tudo muito melhor.” (E1, II, IIb, 2).

De acordo com os exemplos de liderança clínica exercida e/ou pretendida apresentados, evidencia-se a proposta do conceito de Liderança Clínica Chávez & Yoder (2015), aferindo que se trata do processo pelo qual os enfermeiros exercem influência significativa sobre outros indivíduos na equipa de saúde, promovendo esforços individuais e coletivos para alcançar objetivos clínicos.

No que reporta à importância do enfermeiro “chefe de equipa” ser detentor de conhecimentos adequados ao exercício das suas funções também Benner (2001) faz ênfase às competências relativas à organização e distribuição de tarefas, indicando que a nível deste domínio existe a necessidade de um bom conhecimento sobre a profissão, facto este também corroborado por Grindel (2016) que refere que os líderes de enfermagem da prestação direta de cuidados são considerados peritos clínicos.

Por último será analisado o **Tema III – Motivos Organizacionais que condicionam o desenvolvimento do papel do líder clínico**. Sob este tema evidenciam-se 3 categorias para cada um dos atores, uma vez que são de acordo com as funções que os entrevistados ocupam.

Quadro 5: Tema III Motivos Organizacionais que condicionam o desenvolvimento do papel do líder clínico: categorias e subcategorias

Tema	Categorias	Subcategorias
<p>III – Motivos Organizacionais que condicionam o desenvolvimento do papel do líder clínico (Grelha de análise dos Enfermeiros Chefes)</p>	IIIa – Visão do enfermeiro chefe face ao enfermeiro “chefe de equipa”	1.Expectativas face ao papel dos enfermeiros “chefes de equipa”
		2.Modos de seleção dos enfermeiros “chefes de equipa”
	IIIb- Suporte facultado aos “chefes de equipa”	1 Atitude de apoio aos enfermeiros “chefes de equipa”
	IIIc- Suporte dado pela Organização para o desenvolvimento da liderança dos “chefes de equipa”	1 Sentimentos /Sugestões face ao suporte por parte da Organização
Tema	Categorias	Subcategorias
<p>III – Motivos Organizacionais que condicionam o desenvolvimento do papel do líder clínico (Grelha de análise dos Enfermeiros “Chefes de Equipa”)</p>	IIIa – Sentimentos vividos ao assumir funções de “chefe de equipa”	1.Motivação ao assumir funções de “chefe de equipa”
	IIIb- Reconhecimento atribuído pela chefia de serviço/Organização	1 Reconhecimento da chefia de serviço /Organização
	IIIc Suporte da chefia de serviço/Organização para o seu desenvolvimento de liderança	1 Apoio facultado e/ou desejado

A primeira categoria que emerge o discurso dos enfermeiros chefes remete à **(IIIa) Visão do Enfermeiro chefe face ao enfermeiro “chefe de equipa”**. Desta categoria emergem duas subcategorias, sendo a primeira as Expectativas face ao papel dos enfermeiros “chefes de equipa” e a segunda Modos de seleção dos enfermeiros “chefes de equipa”.

Relativamente à subcategoria 1 Expectativas face ao papel dos enfermeiros “chefes de equipa”, os enfermeiros chefes reportam no seu discurso que os “chefes de equipa” devem ser peritos, com competências relacionais e técnicas que permitam assegurar a qualidade dos cuidados, tal como será visível nos exemplos seguintes.

“(...) chefe de equipa (...) um perito na área a nível da prestação (...)” (EC1, III, IIIa, 1); “(...) tenho equipas que não têm especialistas como “chefes de equipa” mas que têm peritos (...) têm competência para garantir a segurança e a qualidade do funcionamento das equipas e dos turnos em termos de gestão e prática dos cuidados.” (EC3, III, IIIa, 1); “(...) [devem ter] aceitação por parte dos outros elementos (...) para se tirar o máximo de cada elemento, eles têm que se sentir bem com quem trabalham também.” (EC2, III, IIIa,1).

Também segundo Benner (2001) as enfermeiras peritas conseguem organizar, planificar e coordenar as diversas necessidades dos utentes com que se deparam. O que parece ser o entendimento das chefias relativamente ao que esperam dos seus “chefes de equipa”: serem peritos, competentes e modelos.

Na subcategoria 2 Modo de seleção dos enfermeiros “chefes de equipa”, os enfermeiros chefes mencionam essencialmente características pessoais e competências técnicas associadas à experiência profissional tal como é entendido nas seguintes unidades de registo: “Seleciono os meus chefes de equipa tendo em conta: Capacidade de comunicação, relação, assertividade, experiência profissional (...) um perito na área a nível da prestação” (EC1, III, IIIa, 2) “(...) seleciono os “chefes de equipa”, pela competência e pela experiência (...)” (EC2, III, IIIa, 2).

Na continuidade do tema III a primeira categoria que emergiu dos discursos dos enfermeiros “chefes de equipa” reporta-se aos **(IIIa) Sentimentos vividos ao assumir funções de “chefe de equipa”**. Desta categoria emerge a subcategoria 1. Motivação ao assumir funções de “chefe de equipa”, em que no discurso dos “chefes de equipa” são expressos sentimentos positivos como os de motivação e reconhecimento: “(...) motivador, só em termos pessoais porque (...) os outros nos respeitam (...) só temos responsabilidades acrescidas e ninguém valoriza o que deveria ser valorizado (...)” (E1, III, IIIa,1); “É motivador pelo reconhecimento que as pessoas têm, quando desempenhas bem uma função(...)” (E3, III, IIIa,1); “É motivador quando se trabalha com a equipa e se tem o apoio da equipa (...) sinto esse apoio, sim” (E6, III, IIIa, 1); “(...) por um lado é motivador, posso ter uma ideia errada, mas sinto que sou (...) um bocadinho um exemplo, e isso é importantíssimo a nível pessoal e a nível profissional.” (E7, III, IIIa, 1) mas outros menos positivos, por vezes contraditórios como E7 que refere “Por outro lado, é um desgaste porque temos (...) funções acrescidas (...) às vezes é o que digo, quando tudo corre muito bem é muito bonito, quando alguma coisa corre mal é o “chefe de equipa” que dá a cara.” (...) e até contrários como os de sobrecarga de trabalho, a desmotivação ou a responsabilidade que acarreta “Não é motivador” “(...) dá muito trabalho, tens muito pouco

reconhecimento, e muitas vezes queres fazer mais e não consegues (...) gosto de ser “chefe de equipa” e só mesmo porque realmente é muito sobre carregador.” (E4, III, IIIa, 1); “(...) se me perguntasses (...) alguma vez desejaste ter este cargo, eu diria que não (...) é sempre uma grande responsabilidade (...) eu gosto de estar mais descontraída”; “(...) não se ganha mais por isso (...) é um desgaste, mas de qualquer maneira vale a pena (...) não sei se elas têm orgulho em mim, mas eu tenho muito orgulho da minha equipa.” (E7, III, IIIa, 1).

Esta subcategoria é sustentada pelo conceito de motivação que como de Marquis & Huston (2012) que nos indicam é a ação ou a vontade de uma pessoa se esforçar para atingir um objetivo ou recompensa de forma a diminuir a tensão causada pela necessidade, constituindo-se como uma força pessoal interior que dirige ou influencia o comportamento. Neste sentido, compreende-se que nem sempre a força interior destes profissionais está presente podendo interferir no potencial que este papel pode ter para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A segunda categoria do tema em análise, no que diz respeito aos discursos dos enfermeiros chefes reporta-se ao **(IIIb) Suporte facultado aos chefes de equipa**, da qual emergiu a subcategoria 1 Atitude de Apoio aos enfermeiros “chefes de equipa”, em que se integram as descrições do modo como os enfermeiros chefes recompensam e dão suporte aos “chefes de equipa” nas suas funções e onde foram identificadas uma grande diversidade de estratégias como é exemplificado de seguida: “[como os recompensa] Autonomia que eu vou tendo neles eles, reforço positivo (...)” [suporte] “(...) reuniões periódicas; colaboração; esclarecimento de qualquer dúvida; colaboração nas necessidades de formação. (EC1, III, IIIb, 1); [como os recompensa] “Pelo reconhecimento... meu, dos utentes e dos colegas”. [suporte] Incentivo, estímulo para continuarem assim, elogio (EC2, III, IIIb, 1); [como os recompensa] “(...) a gestão é um dar e receber (...) compreender a equipa estar ao lado da equipa quando as situações são mais complicadas.” “(...) deve imperar o bom senso, a relação, a compreensão” [suporte] “(...) apoio em termos da gestão da equipa (...) partilham as dificuldades as dúvidas” (EC3, III, IIIa, 1). A gestão das competências, da avaliação de desempenho e de recompensas, assumem especial destaque na procura de um clima de motivação e de reconhecimento do valor das pessoas, em grupo e individualmente (Mações, 2017).

Já no que diz respeito à perspetiva dos enfermeiros “chefes de equipa” a segunda categoria remete para o **(IIIb) Reconhecimento atribuído pela chefia de serviço/Organização**, evidenciando-se a subcategoria 1 Reconhecimento da chefia de serviço/Organização, na qual e de um modo geral se constatou que o sentimento

predominante era de se sentirem reconhecidos pelas chefias: “Por parte da chefe sinto (...) reconhece o nosso trabalho e o nosso esforço (...)” “(...) em termos da instituição, não (...) há várias maneiras de se conseguir (E1, III, IIIb,1); “Por parte da chefia sinto reconhecimento. “Os chefes percebem que de facto nós temos um papel (...)” (E2, III, IIIb,1); “(...) fui sempre muito acompanhada pela chefe (...)” “(...) foi-me apoiando sempre com reforço positivo e a opinião dela em relação aos assuntos (...) é impossível fazer mais.” (E3, III, IIIb,1).

Um sentimento contrário foi também expresso pelos “chefes de equipa” quando questionados relativamente ao reconhecimento por parte da Organização: “[Reconhecimento da organização] Não, de todo” (...) (E3, III, IIIb, 1); “Não, não sinto” “(...) às vezes basta ser falado, basta ser dito que se é reconhecido, basta por palavras, mas nem isso acontece.” (E5, III, IIIb, 1).

Analisando paralelamente o modo como os enfermeiros chefes reconhecem os seus “chefes de equipa” e o modo como este é percecionado pelos enfermeiros chefes, verifica-se que ambos os participantes se reportam ao elogio, estímulo, reforço positivo, verificando-se também aqui patente a capacidade de comunicação, nomeadamente através do feedback das responsabilidades assumidas. Para uma comunicação clara e eficaz quer seja para indicar instruções ou para tecer elogios como um meio encorajador “(...) o feedback, parte integrante da Análise de Performance Individual, constitui-se como um dos pilares para o desenvolvimento orientado e sustentado dos colaboradores” (Camara et al , 2010, p.920).

A terceira categoria e última categoria do Tema III e que foi apurada a nível dos enfermeiros chefes reporta-se aos discursos em torno do **(IIIc) Suporte dado pela Organização para o desenvolvimento da liderança dos “chefes de equipa”**, apresentando a subcategoria 1. Sentimentos/Sugestões face ao suporte por parte da Organização

De um modo geral os enfermeiros chefes não reconhecem nenhum suporte por parte da Organização: “(...) acho que oferecer não oferece nada (...)” (EC1, III, IIIc,1); “(...) a nível da Instituição não há um grande suporte” (EC2, III, IIIc, 1);

Segundo os discursos dos participantes e de um modo abrangente consideram importante que a Organização proporcionasse formação, que os chefes de equipa constituíssem parte integrante de grupos de trabalho na Organização e para uma maior disponibilidade para as funções exigidas não tivessem utentes atribuídos: “(...)

devia: proporcionar formação com competências de gestão (EC1, III, IIIc, I); “(...) podia apoiá-lo mais se ele pretendesse alguma formação específica na área (...)”, dispensá-lo de serviço para participar nessa formação. “(...) serem chamados para (...) grupos de trabalho, desenvolvimento de competências, haver espaço para serem mais ouvidos fora do contexto da unidade.” (EC2, III, IIIc, 1); “(...) deveria haver (...) mais formação (...)” (EC3, III, IIIc,1), “(...) o chefe de equipa deveria ser uma pessoa que não ficasse com responsabilidade de utentes, para poder apoiar e supervisionar os colegas na prestação (...)” (EC2, III, IIIc, 1).

De alguns discursos emerge ainda que as suas funções assumidas pelos enfermeiros “chefes de equipa” reconhecidas de um modo mais formal: “(...) devia legitimar de forma diferente, porque de facto a instituição nem sabe quem são os “chefes de equipa.” (EC3, III, IIIc,1); “(...) legitimar, ter algo com uma dimensão mais formal, era uma forma do papel do chefe de equipa ser um bocadinho mais respeitado porque também às vezes não é (...)” (EC1, III, IIIc, 1).

Na perspetiva das funções assumidas pelos chefes de equipa a terceira categoria remete para **(IIIc) O suporte da chefia de serviço/Organização para o seu desenvolvimento de liderança**, onde emerge a subcategoria 1 Apoio facultado e/ou desejado:

De uma forma abrangente os “chefes de equipa consideram ter apoio por parte da chefia mas nenhum tipo de apoio e/ou suporte por parte da Organização: “Da Instituição (...) não tive apoio nenhum (...) [a] chefe do serviço (...) está sempre disponível sempre que temos dúvidas ou precisamos de alguma coisa, mesmo ao fim de semana (...) podemos sempre entrar em contacto com ela. (E1, III, IIIc, 1);

De um modo geral e paralelamente ao que foi citado pelos enfermeiros chefes também os enfermeiros “chefes de equipa” consideram importante para o desenvolvimento da sua liderança a atribuição de um menor número de utentes para melhor e com mais disponibilidade poderem desempenhar as suas funções: “(...) Fosseamos aliviados em termos de rácio” (E2, III, IIIc,1); “(...) “Instituição (...) poderia reconhecer na questão por exemplo dos rácios (...)”(E3, III, IIIc,1); “A chefe de serviço (...) tenta sempre que as pessoas especialistas sejam “chefes de equipa”, uma vez que tiveram na formação de especialista (...) parte de gestão, mas mesmo assim é pouca. “(...) fazia falta (...) alguns cursos a nível de gestão (...)” (E4, III, IIIc, 1) , assim como apelam também para a necessidade de formação: “(...) termos x horas de formação anuais (...) desenvolver formação nesta área da gestão (...)” (E3, III, IIIc,1), o E3 destaca ainda o coaching como um processo de desenvolvimentos de habilidades: “(...)”chefe de equipa” lidera pessoas e tem

que ter uma série de *skills* (...) podemos tê-las naturalmente ou não (...) podíamos trabalhar isso através de formação, *coaching* (...)" (E3, III, IIIc,1);. Também Camara et al. (2016) referem que o *coaching* é um treino muito dirigido para o contexto em que o desempenho ocorre e que visa claramente acelerar a eficácia no trabalho, com vista ao atingimento de melhores resultados e comportamentos.

3. SÍNTESE, CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, e na globalidade dos discursos analisados foi possível constatar que os participantes no estudo consideram que o “chefe de equipa” se caracteriza como sendo um elemento central da equipa que integra e das respetivas unidades funcionais onde exerce funções.

Na descrição das funções de “chefe de equipa”, nomeadamente na gestão de cuidados a maioria das respostas incide em torno da gestão de materiais, vagas e recursos humanos, sendo que na gestão de pessoas e paralelamente aos dois tipos de atores do estudo ambos reportam a importância de promoção de aprendizagem no desenvolvimento das equipas.

A forma como o conceito de “chefe de equipa” é caracterizado pelos participantes do estudo aparenta transparecer um papel de gestão assumido na prática diária dos cuidados zelando para o bom funcionamento das unidades funcionais, sendo um elemento que trabalha lado a lado com os seus pares não se evidenciando um cargo bem definido.

Assim, foi possível concluir que os enfermeiros “chefes de equipa” assumem funções de responsabilidade acrescida na gestão de cuidados, de pessoas e dos serviços, no sentido de possibilitarem a boa manutenção das unidades funcionais em que se inserem bem como a obtenção de cuidados de qualidade, tudo isto na grande maioria das vezes na ausência da sua chefia. Na perspetiva dos enfermeiros chefes, no sentido de garantirem cuidados de qualidade e uma boa gestão do serviço na sua ausência, estes consideram essencial que os seus “chefes de equipa” possuam uma maturidade a nível pessoal e profissional no sentido da gestão do serviço, devendo ser reconhecidos como o pilar da sua equipa.

Enquanto líder clínico o “chefe de equipa” foi visto por parte dos participantes como devendo ser um exemplo, detentor de competências técnicas e relacionais onde se destacam as habilidades de comunicação, capaz de motivar e cativar a equipa, sendo capazes de identificar as necessidades pessoais e profissionais dos elementos da equipa que integram.

Os enfermeiros “chefes de equipa” que participaram neste estudo consideram-se reconhecidos pelas suas equipas enquanto líderes clínicos essencialmente pela sua experiência, competências técnicas e características pessoais.

Quanto às expectativas dos enfermeiros chefes de serviço face aos “chefes de equipa” os mesmos consideram que estes devem ser peritos e ter maturidade pessoal e profissional, tendo por base na seleção dos mesmos a sua competência e experiência na área de atuação. Os enfermeiros “chefes de equipa” demonstram sentimentos contraditórios face a este papel, referindo por um lado que é motivador em termos pessoais pelo reconhecimento que a equipa lhes transmite, mas uma sobrecarga de trabalho pelas funções acrescidas, não valorizadas sobretudo pela organização em que se inserem.

Quanto ao suporte facultado pelos enfermeiros chefes é paralelamente reconhecido pelos “chefes de equipa”, uma vez que sentem que lhes é dado apoio, autonomia de acordo com o papel que desempenham e reforço positivo. Já quanto ao suporte pela instituição, os dois tipos de participantes sentem inexistência do mesmo, sugerindo como apoio desejado mais formação, nomeadamente na área da gestão, ajuste dos rácios enfermeiro/utente de forma a que os enfermeiros “chefes de equipa” possam estar mais disponíveis para dar mais apoio aos elementos da equipa, salientando ainda que estas funções acrescidas deveriam ser legitimadas por forma a reconhecer um papel ainda pouco definido.

De referenciar que a nível dos objetivos traçados e de acordo com os dados obtidos tornou-se possível concluir que é reconhecida importância aos “chefes de equipa” no papel que assumem, por si próprios e pelas suas chefias, sendo considerados elementos motores de desenvolvimento das equipas e da qualidade dos cuidados prestados no exercício da sua liderança clínica. De mencionar que o desempenho da liderança clínica foi descrito sob o ponto de vista prático não se conseguindo aferir de forma exata o modelo de liderança exercido.

Na nota introdutória foi colocada a questão se os enfermeiros comumente designados de “chefes de equipa” não deveriam ser possuidores de competências de um líder clínico. Neste sentido, pode-se concluir que nos dados obtidos se verificam semelhanças entre os “chefes de equipa” e a figura identificada a nível conceptual do CNL, sobretudo ao nível de deverem ser detentores de um alto nível de competência

clínica e de conhecimento na prestação de cuidados, sendo inclusivamente considerados peritos clínicos. De acordo com as asserções obtidas nas entrevistas realizadas verifica-se uma enorme preocupação que os “chefes de equipa” tenham uma formação contínua e atualizada, aliada à experiência profissional que permitam o desenvolvimento das equipas para cuidados adequados e de qualidade. De acordo com o exposto talvez os enfermeiros que assumem funções de “chefes de equipa” devessem ser detentores de competências de líder clínico de uma forma legitimada.

No sentido de adquirir uma maior validade dos dados obtidos, seria importante elaborar estudos comparativos que contemplassem outras unidades de saúde.

Como sugestão em futuras linhas de investigação para proporcionar um estudo mais abrangente talvez fosse relevante compreender a perspetiva dos elementos das equipas face à liderança clínica do seu “chefe de equipa.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AL-DOSSARY, R. N., KITSANTAS, P., & MADDOX, P. J. (2016). Residency Programs and CLinical Leadership Skills Among New Saudi Graduate Nurses. *Journal Of Professional Nursing*, 32(2), 152-158. doi:10.1016/j.profnurs.2015.10.004
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL). 2009. Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão. 1º congresso da APEGL. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/norte/informacao/Documents/Referencial%20de%20Competencias.pdf>
- Baernholdt, M., & Cottingham, S. (2011). The Clinical Nurse Leader - new nursing role with global implications. *International Nursing Review*, 58(1), 74-78. doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00835.x
- Bardin, L. (2014). **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70
- Bartels, J. (2005). Educating nurses for the 21st century. *Nursing and Health Sciences*, 7(4), 221-225.
- Baumann, A. (2007), *Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care*, Geneva: ICN. Acedido em Fevereiro 2017, disponível em https://www.twana.org.tw/frontend/un16_commission/webPages_4/IND/1.pdf
- Bender, M., Williams, M., Su, W., & Hites, L. (2016). Clinical Nurse Leader Integrated Care Delivery to Improve Care Quality: Factors Influencing Perceived Success. *Journal Of Nursing Scholarship*, 48(4), 414-422. doi:10.1111/jnu.12217
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora
- Brown, P., Fraser, K., Wong, C.,A., Muise, M., Cummings, G. (2013) Factores influencing intentions to stay and retention of nurse managers: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, (21), p. 459-452.
- Brykczynsky, Karen A. – Patrícia Benner: De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática clínica de Enfermagem. In: Tomey, Ann Marriner; Alligood, Martha Raile

- (2002) *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (pp 185-207). 5ª ed. Loures: Lusociência.
- Camara, P., Guerra, P. & Rodrigues, J. (2010). *Novo Humanator* (4ª ed.). Alfragide: D. Quixote.
- Chávez, E. C., & Yoder, L. H. (2015). Staff Nurse Clinical Leadership: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 50(2), 90-100. doi:10.1111/nuf.12100
- Cummings, G.G & Germain, P.B (2010) The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 18, 425-439.
- Cummings, G.G; Ducharme, L.; Wong, C.A (2013) The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21, 709-724
- Curtis, E., & O'Connell, R. (2011). *Essential leadership skills for motivating and developing staff*. *Nursing Management*. doi: 10.7748/nm2011.09.18.5.32.c8672
- Diário Da República, 2a Série – Nº 48 de 10 de Março, (2015). *Regulamento de Competências do Enfermeiro Gestor*. 5948–5952, disponível em:
www.ordemenfermeiros.pt/.../Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroG...
- Earl, G.B. (2017). A Patient-Centered Culture Begins With a Focus on Healthcare Workers. *TD: Talent Development*, 71(1), 48-51.
- Ezziane, Z. (2012). The importance of clinical leadership in twenty-first century health care. *International Journal Of Health Promotion & Education*, 50(5), 261-269. doi:10.1080/14635240.2012.723377
- Fischer, S. A. (2016). Transformational leadership in nursing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2644–2653. <https://doi.org/10.1111/jan.13049>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frederico, M., Castilho, A. (2006). Percepção de liderança em enfermagem: validação de uma escala. *Psychologica*. N.º 43. P259-270.

- Gelbcke, F. L., Dal Sasso, Souza, L. A., Dal Sasso, G. M., Nascimento, E. & Bulb, M. B. C. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 136–139. Acedido em 7 de Janeiro de 2019 disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000100021>
- Grindel, G. C. (2016). Clinical Leadership: A Call to Action. *MEDSURG Nursing*, 25(1), 9-16.
- Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 45–53. Acedido em 7 de janeiro de 2018. Disponível em: DOI:10.12707/RIII12133. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIII10/serIII10a06.pdf>
- Jesuíno, J. C. (1996). Processos de liderança (2ª edição). Lisboa: Livros Horizonte.
- Jesuíno, J. C. (2005). Processos de liderança (4ª edição). Lisboa: Livros Horizonte.
- Godinho, N. (2018). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA e ISO 690 (NP 450)*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Heesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do cuidar*. Loures. Lusociência.
- Hills, L. (2014). Working well with the informal leaders in your practice. *Journal Of Medical Practice Management*, 30(3), 197-200.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: Persuadir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência, 2004.
- Huber, D. L. (2010). *Leadership and Nursing Care Management*. (4th ed.). Elsevier
- Hunt, C. S., Landry, R. T., & Kerr, B. J. (2016). Formal Leaders' Perceptions of Informal Leaders. *Radiology Management*, 38(4), 51-57.
- Lalleman, P., Smid, G., Lagerwey, M., Shortridge-Baggett, L., & Schuurmans, M. (2016). Curbing the urge to care: A Bourdieusian analysis of the effect of the caring disposition on nurse middle managers' clinical leadership in patient safety

practices. *International Journal Of Nursing Studies*, 63179-188.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.09.006

Laschinger, H. e C. Wong (2007), A Profile of the Structure and Impact of Nursing Management in Canadian Hospitals.

Liang, H., Tang, F., Wang, T., Lin, K., & Yu, S. (2016). Nurse characteristics, leadership, safety climate, emotional labour and intention to stay for nurses: a structural equation modelling approach. *Journal Of Advanced Nursing*, 72(12), p.3068-3080.

Lopes, N. (2006). Equipas de Saúde: Uma perspectiva sociológica sobre o exercício profissional. *Re(Habilitar) - Revista Da ESSA*, 3, 25–35.

Mações, M. (2017). *Pessoas e Gestão de Equipas*. Vol.10. Coimbra. Almedina

Marquis, B., L. & Huston, C., J. (2005). *Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e prática*. (4ª ed.). Porto Alegre. Editora Artes Médicas Sul Ltda.

McNamara, M., Fealy, G., Casey, M., Geraghty, R., Johnson, M., Halligan, P., Treacy, 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.

Melo, R., C. (2014). *Liderança e Gestão Desenvolvimento de Competências Relacionais*. Loures. Lusodidacta

Oliveira de Gois, R., M. (2015). Liderança em Enfermagem: Desafio nas práticas gerenciais a partir de um estudo bibliográfico. *Rev. Ciências Biológicas e de Saúde*. v.3, n.1, p.73-86. periodicos.set.edu.br

Pais Ribeiro, J., L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa. Placebo Editora

Pardal, L. & Lopes, E., S. (2011). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores, S.A.

Pereira, C., M., C., Bem – Haja, I., M., S., Ferreira, M., M., F., Rodrigues, P., M., S. (2008). Percepção de liderança de enfermeiros prestadores de cuidados: estudo realizado numa unidade hospitalar de Coimbra. *Revista Referência*. II Série- n.º 8, 51-58

- Phillips, N., & Byrne, G. (2013). Enhancing frontline clinical leadership in an acute hospital trust. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(17/18), 2625-2635. doi:10.1111/jocn.12088
- Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R., Cabral, C., & Cardoso, P. (2016). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (8 ed.). Lisboa: rh.
- Pinho, M. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências e Cognição*. Acedido em 9 de Novembro de 2018 disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v8/v8a09.pdf>
- Ribeiro, M., Santos, S. L., Meira, T. G. B. M. (2006). Refletindo sobre Liderança em Enfermagem. *Esc. Anna Nery R. Enferm*, 10 (1), p.109-115. Acedido em 12 de janeiro de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a14.pdf>
- Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Regulamento nº 76/2018. (10 de janeiro de 2018). *Diário da República*, 2ª série, nº 21, 3478-3487.
- Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Regulamento nº 101/2015. (10 de março de 2015). *Diário da República*, 2ª série, nº 48, 5948-5952
- Rodwell, J. & Gulyas, A. (2013) The impact of the psychological contract, justice, and individual differences: nurses take it personally when employers break promises. *Journal of Advanced Nursing*. 69(12), 2774–2785.
- Santos, E., Fernandes, A. (2004) Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão estruturada. *Revista Referência*, n.º 11, 59-62. Acedido em 24.01.2017. Disponível em: https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=215
- Serrano, M., T., P. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Stavrianopoulos, T. (2012). The clinical nurse leader. *Health Science Journal*, 6(3), 392-401.

- Stoddart, K., Bugge, C., Shepherd, A., & Farquharson, B. (2014). The new clinical leadership role of senior charge nurses: a mixed methods study of their views and experience. *Journal Of Nursing Management*, 22(1), 49-59. doi:10.1111/jonm.12008n Oman
- Streubert, H., J. & Carpenter, D., R. (2011). *Investigação qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*. 5ª edição. Lusodidacta. Loures.
- Tappen, R., M. (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem – Conceitos e Práticas*. 4ª Edição. Loures. Lusociência
- Vilelas, J. (2017). *Investigação O Processo de Construção do Conhecimento*. 2ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo, Lda.

ANEXOS

ACA
07 FEV. 2018

Armandina Antunes
Enfermeira Diretora

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 31.01.2018
Processo n.º 526/2017

Título: "Chefes de equipa de enfermagem: papel como líderes clínicos"

Relator: Paula Martinho da Silva, Dra

Investigador principal: Rita Alexandra Agripino Marques, Enf

Local: [REDACTED]

Parecer:

O trabalho em causa, designado por "**Chefes de equipa de enfermagem: papel como líderes clínicos**" é apresentado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e consiste na realização de entrevistas aos enfermeiros chefes de equipa e enfermeiros chefes de serviço dos serviços de Internamento

Este estudo tem como objetivo, segundo a mestranda, "descrever o modo como os enfermeiros chefes de equipa percebem o seu papel como líderes clínicos, compreender o tipo de liderança clínica exercida pelos enfermeiros chefes de equipa, conhecer as expectativas dos enfermeiros chefes de serviço quanto ao papel dos enfermeiros chefes de equipa".

A população alvo deste estudo são conforme referido, exclusivamente enfermeiros, não existindo pacientes envolvidos.

Também não se trata de um estudo clínico, nem nele estão envolvidos dados de saúde individuais tratando-se de um estudo meramente observacional e académico.

A participação dos profissionais de saúde é voluntária e não implica intervenção física, mas tão somente a resposta a entrevistas, gravadas em áudio, confidenciais e anónimas.

Pese embora se refira que o questionário é anónimo (tal consta mesmo do cabeçalho) a verdade é que os participantes são identificáveis dadas as perguntas gerais que lhes são colocadas (categoria profissional, sexo, habilitações académicas, anos de serviço, entre outras).

No entanto tal identificação é facilmente perceptível pelo participante pelo que, sendo o mesmo livre de nele participar, terá consciência desta possibilidade.

Assim, entendemos que não se vislumbram questões de natureza ética susceptíveis de serem avaliadas no âmbito das competências desta Comissão de Ética pelo que a análise das suas implicações deverá antes ser analisada no âmbito da gestão hospitalar.

Conclusão: O Conselho autoriza

Tendo em conta o exposto consideram-se não existirem objecções éticas que, no presente, possam ser suscitadas por esta Comissão de Ética no âmbito das suas competências.

O Presidente da Comissão de Ética

(Gonçalo Cordeiro Ferreira)

Nº: CA 620
Entrada: 06 FEV. 2018
Saída: 12.02.2018

PRESENTE À SESSÃO DE
CA. DE 08.02.18
A Presidente: [assinatura]
O Vogal: [assinatura]
O Vogal: [assinatura]
O Diretor Clínico: [assinatura]
A Enfª Diretora: [assinatura]
ATANº 06/2018

APÊNDICES

Apêndice I – Guião de Entrevista Enfermeiros Chefes

Guião de Entrevista
Enfermeiros Chefes de Serviço

Entrevista n.º:

Data:

Serviço:

Legitimar a Entrevista

- Apresentação pessoal;
- Elucidar sobre os objetivos e finalidade do estudo;
- Apresentar Consentimento informado;
- Solicitar autorização para gravação da entrevista;
- Esclarecimento de dúvidas.

DADOS DO ENTREVISTADO

Idade:

Género:

Grau académico:

Ano de Conclusão do curso base:

Ano de conclusão de Especialidade/ Mestrado::

Formação Académica na Área da Gestão:

N.º de anos de exercício profissional:

Tempo de atividade profissional na Instituição:

Tempo que assume funções de chefia: :

		Nota Introdutória: tal como lhe foi referenciado o foco deste estudo centra-se no papel das chefias/líderes de equipa. Neste sentido...
Tema	Objetivos	Perguntas
Ser “Chefe de equipa”	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender a perspetiva das chefias de enfermagem quanto ao papel dos seus “chefes de equipa” 	<p>O que é para si um “chefe de equipa”?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poderia descrever-me o papel que espera que os seus enfermeiros “chefes de equipa” desempenhem - ao nível da equipa; - ao nível do serviço; - ao nível da Organização.
Liderança Clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever o modo como as chefias de enfermagem percecionam o papel dos enfermeiros “chefes de equipa” como líderes clínicos. 	<p>Falou de vários aspetos das funções dos enfermeiros “chefes de equipa”. Focando-se agora em outros aspetos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considera que um “chefe de equipa” deve ser um líder? Porquê? - Que capacidades considera que ele deve possuir enquanto líder? <p>No sentido de aprofundar um pouco a sua opinião quanto ao seu papel dos “chefes de equipa” enquanto líderes....</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pode descrever como espera que os seus “chefes de equipa” exerçam a liderança na sua equipa. *motivação da equipa *desenvolvimento da equipa * na prestação de cuidados; * processo Integração; *definição de objetivos/projetos. <ul style="list-style-type: none"> - Considera que os “chefes de equipa” são líderes clínicos? Porquê?

<p style="text-align: center;">Motivos Intrínsecos/Organizacionais que condicionam o desenvolvimento do papel de líder Clínico</p>	<p>- Identificar fatores facilitadores no desenvolvimento do papel dos enfermeiros “chefes de equipa” enquanto líderes clínicos.</p>	<p>Tendo em linha de conta todos os aspetos que me evidenciou dos seus enfermeiros “chefes de equipa” enquanto líderes gostaria que me descrevesse...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como seleciona os seus “chefes de equipa”? - Como os recompensa? - Que tipo de suporte lhes oferece? - Que tipo de suporte a Organização oferece ou deveria oferecer para o desenvolvimento da liderança do enfermeiro “chefe de equipa”?
---	--	---

Apêndice II – Guião de Entrevista Enfermeiros “Chefes de Equipa”

Guião de Entrevista
Enfermeiros “Chefes de Equipa”

Entrevista n.º:

Data:

Serviço:

Legitimar a Entrevista

- Apresentação pessoal;
- Elucidar sobre os objetivos e finalidade do estudo;
- Apresentar Consentimento informado;
- Solicitar autorização para gravação da entrevista;
- Esclarecimento de dúvidas.

DADOS DO ENTREVISTADO

Idade:

Género:

Grau académico:

Ano de Conclusão do curso base:

Ano de conclusão de Especialidade/ Mestrado (se aplicável):

N.º de anos de exercício profissional:

Tempo de atividade profissional na Instituição:

Tempo que assume funções enquanto chefe de equipa:

		Nota Introdutória: tal como lhe foi referenciado o foco deste estudo centra-se no papel das chefias/líderes de equipa. Neste sentido...
Tema	Objetivos	Perguntas
Ser “Chefe de equipa”	- Compreender o papel das chefias de uma equipa de enfermagem.	<p>O que é para si ser “chefe de equipa”?</p> <p>- Gostaria que me descrevesse o seu papel como chefe de equipa:</p> <p>*que funções desempenha como “chefe de equipa”?</p> <p>- ao nível da equipa;</p> <p>- ao nível do serviço;</p> <p>- ao nível da Organização.</p>
Liderança Clínica	- Descrever o modo como os enfermeiros “chefes de equipa” auto-percecionam o seu papel como líderes clínicos.	<p>Falou de vários aspetos das suas funções enquanto “chefe de equipa”.</p> <p>Focando-se agora em outros aspetos:</p> <p>O que é para si um líder clínico?</p> <p>- Considera-se um líder clínico da sua equipa? Porquê?</p> <p>- Que capacidades e características considera que apresenta enquanto líder clínico?</p> <p>No sentido de aprofundar um pouco a sua opinião quanto ao seu papel enquanto “chefe de equipa”....</p> <p>- Pode descrever como exerce a liderança na sua equipa?</p> <p>*Motivação da equipa;</p> <p>*Modelo na prestação de cuidados;</p> <p>*Responsável processo Integração;</p> <p>*Desenvolvimento da equipa;</p> <p>*Definição de objetivos/projetos.</p> <p>- Considera-se um Líder Clínico? Porquê?</p>

<p style="text-align: center;">Motivos Intrínsecos/Organizacionais que condicionam o desenvolvimento do papel de líder Clínico</p>	<p>- Identificar fatores facilitadores/inibidores vivenciados pelos enfermeiros chefes de equipa ao assumirem funções de líderes clínicos.</p>	<p>Tendo em linha de conta todos os aspetos que me evidenciou no seu papel enquanto líder gostaria que me manifestasse se...</p> <ul style="list-style-type: none"> - É motivador ser “chefe de equipa”? Porquê? - Sente reconhecimento por parte do(a) Chefe de serviço e /ou da sua Organização enquanto “chefe de equipa”? *de que modo o manifestam ou gostaria de ver manifestado? - Que tipo de suporte tem ou gostaria de ter por parte da sua Chefia/ Organização no sentido de desenvolver a sua liderança clínica?

Apêndice III- Grelhas de Análise

<i>Tema</i>	<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>
I- Ser “chefe de equipa	Ia- Conceito de chefe de equipa	
	Iib - Funções do “chefe de equipa”	1.Gestão de Cuidados 2.Gestão de pessoas
II - Liderança Clínica	Iia- Ser Líder Clínico	1. Fatores intrínsecos do Líder Clínico 2. Fatores associados às tarefas a desempenhar
	Iib- Imagem do Líder Clínico	1. Exercício pretendido de liderança na equipa
III- Motivos Organizacionais que condicionam o desenvolvimento do papel do Líder Clínico	III a - Visão do Enfermeiro chefe face ao enfermeiro “chefe de equipa”	1. Expectativas face ao papel dos Enfermeiros “Chefes de Equipa” 2. Modo de Seleção dos Enfermeiros “chefes de equipa”
	III b – Suporte facultado aos “chefes de equipa”	1. Atitude de Apoio aos Enfermeiros “chefes de equipa”
	III c -Suporte dado Organização para o desenvolvimento da liderança dos “chefes de equipa”	1. Sentimentos/Sugestões face ao suporte por parte da Organização

Nota: Grelha de Análise Enfermeiros Chefes

<i>Tema</i>	<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>
I- Ser “chefe de equipa	Ia- Conceito de chefe de equipa	
	Ib - Funções do “chefe de equipa”	1.Gestão de Cuidados 2.Gestão de pessoas
II - Liderança Clínica	Ila- Ser Líder Clínico	1. Fatores intrínsecos aos líderes clínicos 2. Fatores associados às tarefas a desempenhar
	Ilb- Imagem Enquanto Líder Clínico	1.Reconhecimento da equipa 2.Desempenho da Liderança Clínica
III- Motivos Organizacionais que condicionam o desenvolvimento do papel do Líder Clínico	III a - Sentimentos vividos ao assumir funções de “chefe de equipa”	1.Motivação ao assumir funções de “chefe de equipa”
	III b – Reconhecimento atribuído pela Chefia de serviço/ Organização	1. Reconhecimento da chefia de serviço/Organização
	IIIc -Suporte da chefia de serviço/Organização para o seu desenvolvimento de liderança	1. Apoio facultado e/ou desejado

Nota: Grelha de Análise Enfermeiros “Chefes de Equipa”

Apêndice IV – Exemplo de Entrevista Codificada

Tema I- Ser “chefe de equipa”

Categoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo Asserções
<p>Categoria Ia Conceito de “chefe de equipa” (Unidade de Contexto)</p>	<p>Não apresenta subcategoria</p>	<p>“(…) fundamentalmente e principalmente um colega (…)”“(…) um exemplo, incentivar quando é para incentivar, chamar a atenção quando é preciso (…)</p> <p>incutir na equipa o espírito de equipa (…)</p> <p>a nível pessoal (…)</p> <p>ser um amigo (…)”“(…) fazer realçar sempre o valor de uma equipa (…)</p> <p>somos todas o complemento umas das outras.” (E7, I, Ia).</p>
<p>Ib funções do “chefe de equipa”</p>	<p>Subcategoria 1.Gestão de cuidados</p>	<p>“(…) gestão dos recursos (…)”“(…) falta de medicamentos que agora temos que fazer o pedido para o Hospital X ou para o hospital Y também faz parte das funções do “chefe de equipa” (…)” (E7, I,Ib,1).</p>
	<p>Subcategoria 2.Gestão de pessoas</p>	<p>“(…) estar sempre atento à equipa (…)</p> <p>a auxiliar também faz parte da equipa, incutir também o sentido de responsabilidade (…)</p> <p>a nível de materiais na auxiliar.”“(…) da equipa também fazem parte os pais (…)</p> <p>incluí-los sempre o mais possível (…)</p> <p>fazendo sentir aos pais também que fazem parte de uma equipa.”“(..)</p> <p>fazemos uma escala mensal dos bebés que são atribuídos, o local onde cada uma fica, com os bebés que ficam (…)</p> <p>uma colega (…)</p> <p>menos experiente (…)</p> <p>há sempre mobilização (…)</p> <p>aí está a maximizar os recursos que temos, e obviamente que à troca da enfermeira, e dos bebés que são atribuídos(…)</p> <p>sem que a enfermeira(…) sinta que é trocada por falta de experiência e darmos a oportunidade para que na vez seguinte já seja ela assumir esse tipo de situação(…)</p> <p>“Não é por não saberem (…)</p> <p>por serem incapazes, mas ainda porque se calhar precisam de um bocadinho de mais de experiência a uma coisa ainda desconhecida (…)</p> <p>lá está o trabalho de equipa.”“(Ainda que o “chefe de equipa” não fique com os casos mais complexos, há colega que está com os casos mais complexos (…)</p> <p>os “chefes de equipa” estão sempre na retaguarda para poder avançar (…)</p> <p>se for necessário.” (E7, I, Ib,2).</p>

Tema II- Liderança Clínica

Categoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo Asserções
Ila Ser Líder Clínico	Subcategoria 1. Fatores Intrínsecos aos líderes Clínicos	“(…) para além de ser um ótimo profissional (….) ter empatia (….) pôr-nos um bocadinho no lugar do outro (….) ser humano é muito, muito importante (….)” (E7, II, Ila,1)
	Subcategoria 2. fatores associados às tarefas a desempenhar	“(…) ser fundamentalmente um líder é exatamente pelo exemplo (….) demonstrar que se faz, que se pode errar, porque todos erramos (….) fazê-los ver que errar é humano, desde que o erro obviamente não seja um erro....(…)” “(…) também aí o papel do “chefe de equipa” é muito importante (….)por exemplo e pelo o incentivo, acho que isso é muito importante.” (E7, II, Ila, 2).
Ilb Imagem enquanto líder Clínico	Subcategoria 1 Reconhecimento da equipa	[Considera-se um líder da sua equipa?] “Sim considero” [considera-se um exemplo?] “Sim, acho que sim.” (E7, II, Ilb,2).
	Subcategoria 2 Desempenho da Liderança Clínica	[motivação da equipa] “Para além da equipa me motivar a mim, isso também é importante...” “(…) sou das pessoas que vê sempre o copo meio cheio (….) o otimismo, a boa disposição para além da empatia que é muito importante (….) é uma forma de se motivar a equipa (….)” “(…) alguma coisa menos bem(…) não o agravar não deprimir, não “deitar abaixo”, mas antes estimular (….) um bocadinho de humor no meio de situações menos agradáveis(…) ajuda um bocadinho (….) a aliviar a pressão.” [preocupação dos conhecimentos a transmitir serem baseados na evidência científica?] Sim, existe essa preocupação. [Chefes de equipa são especialistas] “Neste momento são” [A especialidade é importante para o desenvolvimento das funções de “chefe de equipa?] Não, para mim acho que não, acho que a experiência é muito, muito importante (….) não digo que a especialidade não seja importante, não é só por si o principal.” [processo de formação] “Temos a formação em serviço que é feito mensalmente, temos um dia para formação só com casos (….) apresentados por nós.” Temos a conversa com os pais (….) plano de formação que já existe há imenso tempo (….) todas as semanas (….) um tema e depois íamos falando com os pais (….) depois (….) temos a formação nas passagens de turno.” (E7, II, Ilb, 2);

Tema III- Motivos Organizacionais que condicionam o desenvolvimento do papel do líder clínico

Categoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo Asserções
<p style="text-align: center;">IIIa Sentimentos Vividos ao assumir funções de “chefe de equipa”</p>	<p style="text-align: center;">Subcategoria 1.Motivação ao assumir as funções de “chefe de equipa”</p>	<p>“(…) por um lado é motivador, posso ter uma ideia errada, mas sinto que sou (…) um bocadinho um exemplo, e isso é importantíssimo a nível pessoal e a nível profissional.” . “Por outro lado, é um desgaste porque temos (…) funções acrescidas (…) às vezes é o que digo, quando tudo corre muito bem é muito bonito, quando alguma coisa corre mal é o “chefe de equipa” que dá a cara.” (…) não se ganha mais por isso (…) é um desgaste, mas de qualquer maneira vale a pena (…) não sei se elas têm orgulho em mim, mas eu tenho muito orgulho da minha equipa.” (E7, III, IIIa, 1).</p>
<p style="text-align: center;">IIIb Reconhecimento atribuído pela chefia de serviço/organização</p>	<p style="text-align: center;">Subcategoria 1 Reconhecimento da Chefia de serviço/Organização</p>	<p>Reconhecimento Chefe de Serviço] “Acho que sim (…) a chefe não pode (…) não pode mostrar que valoriza mais…” “Mas no fundo a gente sabe que ela reconhece (…)” [E da parte da Organização sente algum reconhecimento?] “Não” (E7, III, IIIb, 1).</p>
<p style="text-align: center;">IIIc Suporte da chefia de serviço/organização para o seu desenvolvimento de liderança</p>	<p style="text-align: center;">Subcategoria 1 Apoio facultado e /ou desejado</p>	<p>“(…) seria benéfico, os “chefes de equipa” terem um menor número de utentes atribuídos, provavelmente ficaria mais tempo a tratar dos outros problemas, até para ajudar às vezes quando um dos elementos pede ajuda (…)”[considera pertinente, quando os elementos assumem funções de “chefe de equipa”, terem formação prévia, por exemplo na área de gestão?]“Sim, sim acho que era importante…” [a função de “chefe de equipa” deveria ser legitimada?] “Acho que não era mau de todo, era um incentivo e era uma mais valia… (E7, III, IIIc,1).</p>

Apêndice V – Pedido de autorização Conselho de Administração e Comissão de Ética

(Nota: o nome do Hospital e dos serviços onde foi realizada a colheita de dados foram omitidos, assegurando assim a confidencialidade dos dados obtidos e dos participantes no estudo)

Nome: Rita Marques

Morada: Rua D. Manuel I, n. °14, 3º Dto., 2695-165 Bobadela-LRS

Telefone: 966082655

Email: maildaritamarques@gmail.com

Exmo. Presidente do Conselho de Administração

Assunto: Pedido de Autorização Pedido de Autorização para Realização de Entrevistas no âmbito de um Estudo Académico

Rita Alexandra Agripino Marques, enfermeira a exercer funções no serviço X do Hospital Y. a frequentar o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretendo desenvolver um estudo científico, intitulado “Chefes de equipa de enfermagem: papel como líderes clínicos”, sob orientação da Professora Teresa Santos Potra, com vista à obtenção de grau de mestre.

O respetivo estudo apresenta os seguintes objetivos: descrever o modo como os enfermeiros chefes de equipa percecionam o seu papel como líderes clínicos; compreender o tipo de liderança clínica exercida pelos enfermeiros chefes de equipa; conhecer as expectativas dos enfermeiros chefes de serviço quanto ao papel dos enfermeiros chefes de equipa.

Deste modo, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para a realização de entrevistas aos enfermeiros chefes de equipa e enfermeiros chefes de serviço dos serviços de Internamento do Hospital Y (anexo os respetivos guiões). As entrevistas serão gravadas em sistema de áudio, de forma a possibilitar a análise e compreensão de todo o conteúdo das respostas facultadas, terão um carácter anónimo e a sua realização terá por base os princípios éticos da livre participação, confidencialidade e respectivo consentimento informado.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

A Enfermeira

(Rita Alexandra Agripino Marques)

Lisboa, 30 novembro de 2017

Nome: Rita Marques

Morada: Rua D. Manuel I, n. °14, 3º Dto., 2695-165 Bobadela-LRS

Telefone: 966082655

Email: maildaritamarques@gmail.com

Exmo. Conselho de Ética para a Saúde (CES)

Assunto: Pedido de Autorização Pedido de Autorização para Realização de Entrevistas no âmbito de um Estudo Académico

Rita Alexandra Agripino Marques, enfermeira a exercer funções no serviço X do Hospital Y a frequentar o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretendo desenvolver um estudo científico, intitulado “Chefes de equipa de enfermagem: papel como líderes clínicos”, sob orientação da Professora Teresa Santos Potra, com vista à obtenção de grau de mestre.

O respetivo estudo apresenta os seguintes objetivos: descrever o modo como os enfermeiros chefes de equipa percecionam o seu papel como líderes clínicos; compreender o tipo de liderança clínica exercida pelos enfermeiros chefes de equipa; conhecer as expectativas dos enfermeiros chefes de serviço quanto ao papel dos enfermeiros chefes de equipa.

Deste modo, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para a realização de entrevistas aos enfermeiros chefes de equipa e enfermeiros chefes de serviço dos serviços de Internamento do Hospital Y (anexo os respetivos guiões). As entrevistas serão gravadas em sistema de áudio, de forma a possibilitar a análise e compreensão de todo o conteúdo das respostas facultadas, terão um carácter anónimo e a sua realização terá por base os princípios éticos da livre participação, confidencialidade e respectivo consentimento informado.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

A Enfermeira

(Rita Alexandra Agripino Marques)

Lisboa, 30 novembro de 2017

Apêndice VI – Consentimento Informado

Informação relativa ao Estudo

Antes da decisão da sua colaboração no respetivo estudo é essencial que primeiro compreenda o seu propósito e os procedimentos que se irão realizar.

Deste modo, é solicitado que leia atentamente todo o documento e que se sinta à vontade em colocar todas as questões que pretenda antes de aceitar fazer parte do estudo.

Rita Alexandra Agripino Marques, a frequentar o 8º curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Gestão em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretende desenvolver um estudo de investigação intitulado “Chefes de equipa de enfermagem: papel como líderes clínicos”. O respetivo estudo tem como objetivos:

- descrever o modo como os enfermeiros chefes de equipa percecionam o seu papel como líderes clínicos;
- compreender o tipo de liderança clínica exercida pelos enfermeiros chefes de equipa;
- conhecer as expectativas dos enfermeiros chefes de serviço quanto ao papel dos enfermeiros chefes de equipa.

A sua participação no estudo é de carácter voluntário, caso decida não participar no estudo, não haverá qualquer implicação no seu exercício profissional. Se decidir participar poderá sempre deixar de o fazer em qualquer momento, sem qualquer prejuízo daí resultante da sua decisão.

Caso decida participar neste estudo, vai-lhe ser solicitado a realização de uma entrevista, onde lhe serão colocadas algumas perguntas relativas ao tema em estudo. A entrevista será gravada em sistema de áudio, de modo a possibilitar que o conteúdo das suas respostas possa ser devidamente analisado e compreendido.

Todas as informações recolhidas são anónimas e confidenciais, sendo os dados colhidos apenas do conhecimento das pessoas envolvidas no estudo e com o único propósito de serem apresentados no âmbito do trabalho académico.

Para qualquer informação adicional, inclusive para conhecer os resultados deste trabalho, estou disponível através de: 96 608 26 55 ou maildaritamarques@gmail.com

Obrigada pela sua atenção e disponibilidade.

Rita Marques

“Chefes de Equipa de Enfermagem: Papel como Líderes clínicos”

Consentimento Informado

Eu, enfermeiro(a) _____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo sido realizada a explicação integral da natureza e objetivos do estudo e concedida a possibilidade de indagar e esclarecer todos os aspetos que achar pertinentes.

Deste modo, concordo em participar no trabalho de investigação “Chefes de Equipa de Enfermagem: Papel como Líderes clínicos”, inserido no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Gestão em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a decorrer no âmbito dos Serviços de Internamento e Unidades Neonatais da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Concordo que sejam analisados os dados pelo autor do estudo, consentindo o uso dos resultados para os quais o estudo se destina.

Nome da participante: _____

Assinatura do participante: _____ Data: __/__/201__

Nome do investigador: _____

Assinatura do investigador: _____ Data: __/__/201__

**Apêndice VII – Póster 7º Congresso da Associação Portuguesa dos
Enfermeiros Gestores e Liderança**

Liderança Clínica em Enfermagem: Revisão Scoping

INTRODUÇÃO

Os interesses pelos estudos científicos em liderança têm assumido um contínuo crescente, verificando-se que este aspeto se deve ao reconhecimento que o impacto da liderança apresenta ao nível do bem-estar dos colaboradores e, por conseguinte, no funcionamento e efetividade das organizações (Frederico & Castilho, 2006). O apelo para o desenvolvimento da liderança do enfermeiro da prestação de cuidados diretos tem-se mostrado relevante nos últimos anos, defendendo-se que esta competência é fundamental para assegurar a qualidade de atendimento e segurança do cliente (Grindel, 2016).

Literatura Enfermagem

Conceito Liderança Clínica

Revisão Scoping

Rita Marques
Enfermeira no Centro Hospitalar Lisboa Central
Maikiantamarques@gmail.com

O que caracteriza a Liderança Clínica dos enfermeiros em contexto hospitalar?

OBJETIVO

Identificar e sintetizar estudos empíricos que caracterizem a liderança clínica em enfermagem

MÉTODO

5 artigos

Joanna Briggs Institute

Plataforma EBSCO bases de dados CINAHL e MEDLINE

Mnemónica PCC

População Enfermeiros

Nurs*

Conceito Liderança Clínica

Clinical Leadership

Contexto Hospital

Hospital

RESULTADOS

- A liderança clínica tem-se tornado num conceito amplamente utilizado na literatura de enfermagem e outros contextos, relacionando-se com administração e gestão, prática avançada, educação e diversas especialidades (Chávez & Yoder, 2015);
- A liderança clínica tem sido utilizada para descrever as qualidades de liderança dos enfermeiros na prestação direta de cuidados em ambiente hospitalar (Chávez & Yoder, 2015);
- O desenvolvimento de competências de liderança encontra-se associado a prestação de cuidados seguros e consequentemente melhores *outcomes* para os utentes (Grindel, 2016);
- A liderança fundamental nas diversas áreas de actuação dos enfermeiros e o desenvolvimento desta competência deve ser estimulado pela formação (AL-Dossary & Maddox, 2016).

CONCLUSÕES

- Apesar da crescente atenção dada ao conceito de liderança clínica, o seu significado continua a ser pouco claro;
- O conceito de liderança clínica em enfermagem necessita ser mais aprofundado no sentido de se identificarem as características que lhe estão associadas, como este é valorizado pelas chefias de enfermagem e o seu impacto nos *outcomes* dos clientes.

Referências Bibliográficas

- Chávez, E. C., & Yoder, L. H. (2015). Staff Nurse Clinical Leadership: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 50(2), 90-100. doi:10.1111/nurf.12100; - Frederico, M., Castilho, A. (2006). Percepção de liderança em enfermagem: validação de uma escala. *Psychologica*. N.º 43. P259-270.; - Grindel, G., C. (2016). Clinical Leadership: A Call to Action. *MEDSURG Nursing*, 25(1), 9-16.; - JBI (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews. Australia: The Joanna Briggs Institute.; - Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBIScoping-Reviews_2015_v2.pdf; - AL-DOSSARY, R. N., KITSANTAS, P., & MADDOX, P. J. (2016). Residency Programs and Clinical Leadership Skills Among New Saudi Graduate Nurses. *Journal Of Professional Nursing*, 32(2), 152-158. doi:10.1016/j.profnurs.2015.10.004

