



**Maria Inês Rodrigues
Esteves dos Santos**

**Perceção dos Enfermeiros Sobre Os Líderes em
Enfermagem**



**Maria Inês Rodrigues
Esteves dos Santos**

**Perceção dos Enfermeiros Sobre Os Líderes em
Enfermagem**

dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho, Professora Auxiliar, do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro e coorientação da Doutora Marília dos Santos Rua, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho ao Luís, à Joana e à Rita

o júri

presidente

Doutor Rui Armando Gomes Santiago

Professor Associado com Agregação da Universidade de Aveiro

Doutora Célia Maria Abreu de Freitas Pires

Professora Adjunta Convidada da Universidade de Aveiro

Doutora Marília dos Santos Rua

Professora Adjunta da Universidade de Aveiro

agradecimentos

À minha orientadora Professora Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho, e coorientadora Professora Doutora Marília dos Santos Rua, pelos ensinamentos, pela motivação, pelo interesse e pela disponibilidade sempre demonstrada ao longo de todo o trabalho.

À Universidade de Aveiro pelas condições proporcionadas para desenvolver com êxito este Mestrado.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Baixo Vouga pela autorização para a aplicação dos questionários. Aos enfermeiros que participaram voluntariamente neste estudo, partilhando as suas perceções sobre os líderes em enfermagem.

A toda a minha família pelo apoio, incentivo e pelo tempo que abdicaram da minha presença.

Aos meus colegas enfermeiros que me motivaram para nunca desistir.

Aos meus colegas de Mestrado, que direta ou indiretamente me ajudaram neste percurso.

palavras-chave

Liderança, Estilo de Liderança, Enfermeiro Chefe, Enfermeiro

resumo

Liderar com eficácia é um dos principais objetivos dos enfermeiros chefes, no sentido de conduzir a equipa de enfermagem na persecução dos objetivos institucionais e, conseqüentemente, ao sucesso das organizações de saúde. O estilo de liderança que cada enfermeiro chefe adota poderá ser determinante no alcance desse êxito.

Recorreu-se a um estudo de natureza quantitativo, do tipo descritivo-correlacional. A metodologia adotada consiste na recolha de informação através da aplicação de um questionário (composto por duas partes distintas) dirigido aos enfermeiros do Centro Hospitalar Baixo Vouga – Unidade Aveiro, sem funções de chefia. O estudo envolve uma amostra de 216 enfermeiros. Os resultados encontrados sugerem que existe correlação entre a percepção e a idealização dos enfermeiros quanto ao estilo de liderança do enfermeiro chefe. Verifica-se que não há grande diferença no valor das médias para as diferentes subescalas da percepção e da idealização do estilo de liderança do enfermeiro chefe, no entanto, a que apresenta maior valor médio é o estilo relativo ao “Grau de Estruturação da Tarefa”, seguido, com um valor próximo o “Trabalho em Equipa”. Assim, conclui-se que o estilo de liderança do enfermeiro chefe percebido pelos enfermeiros corresponde ao estilo de liderança que os mesmos enfermeiros idealizam.

O estudo demonstra que a idade dos enfermeiros, a categoria profissional e o tempo de exercício profissional interferem na percepção que os enfermeiros têm quanto ao estilo de liderança do enfermeiro chefe. Por outro lado, não há qualquer relação entre o estilo percebido pelos enfermeiros e o seu género, nem relativamente às habilitações académicas, nem relativamente ao número de serviços onde trabalhou, nem com tipo de vínculo à instituição, nem com estar colocado no serviço da sua preferência.

keywords

Leadership, Leadership Style, Head Nurse, Nurse

abstract

Leading effectively is one of the main goals of head nurses, in order to lead the nursing team in pursuit of institutional objectives and, consequently, to the success of healthcare organizations. The leadership style that embraces each head nurse can be fundamental in achieving success.

A study of quantitative nature, of a descriptive-correlational type was used and the methodology consists in collecting information through a questionnaire (composed of two distinct parts) directed to nurses from the Hospital Center Baixo Vouga - Aveiro Unit without managerial duties. The study involves a sample of 216 nurses.

The results suggest a correlation between the perception and the idealization of nurses about the leadership style of the head nurse. It appears that there is no great difference in value of the averages for the different subscales of perception and idealization of the leadership style of the head nurse, however, the highest average value is for the "Degree of Structuring a Task" and followed by a close value is "Teamwork". Thus, we conclude that the leadership style of the head nurse perceived by nurses corresponds to the style of leadership that they idealize.

The study shows that the age of the nurses, their professional category and the time of professional exercise interfere with the perception that the nurses have about the leadership style of the head nurse. On the other hand, there is no relation between the style perceived by nurses and their kind, nor with respect to academic qualifications, nor on the number of services where they have worked, nor with the type of bond to the institution, nor being placed in the service of their preference.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
1 - LIDERANÇA	27
2 - TEORIAS DA LIDERANÇA	33
2.1 - TEORIA DOS TRAÇOS/CARACTERÍSTICAS.....	33
2.2 - TEORIAS COMPORTAMENTAIS.....	35
2.3 - TEORIAS SITUACIONAIS OU DE CONTINGÊNCIA	38
2.4 - NOVAS ABORDAGENS DA LIDERANÇA	41
2.4.1 – Liderança Transformacional/ Liderança Transacional	42
3 - OS ENFERMEIROS NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR	47
3.1 – EVOLUÇÃO DA CARREIRA DE ENFERMAGEM	48
4 – A LIDERANÇA NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM	55
CAPÍTULO II - ESTUDO EMPIRICO	67
1 - METODOLOGIA	69
1.1 – PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	70
1.2 - TIPO DE ESTUDO.....	71
1.3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS.....	72
1.4 – HIPÓTESES	72
1.5 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO	74
1.6 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	74
1.7 – METODOS E TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS	76
1.8 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	78
1.8.1 – Caracterização da Amostra	79
1.9 – ANÁLISE DE DADOS.....	81

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DE DADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	83
1 - APRESENTAÇÃO DE DADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	85
1.1 – O ESTILO DE LIDERANÇA DO ENFERMEIRO CHEFE PERCECIONADO E IDEALIZADO PELOS ENFERMEIROS	85
1.2 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS QUE INFLUENCIAM A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS ESTILO DE LIDERANÇA DO ENFERMEIRO CHEFE.....	94
1.3 - CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS QUE INFLUENCIAM A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O ESTILO DE LIDERANÇA DO ENFERMEIRO CHEFE.....	97
CONCLUSÃO.....	103
BIBLIOGRAFIA.....	109
ANEXOS.....	
ANEXO I – Pedido de Autorização para Aplicação do Questionário	
ANEXO II – Questionário “Percepção dos Enfermeiros sobre Líderes em Enfermagem”	
ANEXO III – Consentimento Informado	
ANEXO IV – Resultado teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk.....	
ANEXO V – Tabela Global de Dados quanto à Percepção e Idealização dos Enfermeiros.....	
ANEXO VI – Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à Percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe em função da variável “Habilitações Académicas”	
ANEXO VII – Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à Percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe em função da variável “Tipo de Vínculo”	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Principais conceitos de liderança e sua caracterização	28
Quadro 2 – Diferenciação entre o antigo e o novo paradigma da liderança.....	30
Quadro 3 - Dimensões e indicadores correspondentes.....	77
Quadro 4 – Valores do coeficiente Alpha de Cronbach.....	78
Quadro 5 - Características sociodemográficas e profissionais da amostra (n= 216).....	80
Quadro 6 - Caracterização socioprofissional dos inquiridos (n=216)	80
Quadro 7 - Percepção e idealização dos enfermeiros relativamente ao estilo de liderança do enfermeiro Chefe (n=216).....	88
Quadro 8 – Correlação de Spearman entre a percepção e a idealização para o Total da Escala e suas Dimensões.....	93
Quadro 9 - Correlação entre a “Idade” e a percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe (n=216).....	95
Quadro 10 - Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à Percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe em função da variável “Género” do enfermeiro (n=216)	96
Quadro 11 - Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à Percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe em função da variável “Habilitações Académicas” do enfermeiro (n=216).....	97
Quadro 12 - Correlação entre o “Tempo de Exercício Profissional”, o “Tempo no Serviço Atual” e o “N.º de Serviços onde Trabalhou” e a percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe (n=216).....	99
Quadro 13 - Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à Percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe em função da variável “Categoria Profissional” do enfermeiro (n=216)	100

Quadro 14 - Resultados do teste de Mann-Whitney à Percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe em função da variável “Tipo de Vínculo” do enfermeiro (n=216)...	101
Quadro 15 - Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à Percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe em função da variável do “Serviço Pretendido” pelo enfermeiro (n=216)	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Estilos de Liderança propostos por Blake e Mouton.....	36
--	----

INTRODUÇÃO

Desde há muito que se aborda a liderança como um conceito ambíguo, em que inúmeros fatores interagem entre si, no sentido de promoverem o êxito do exercício de liderança, e consequentemente alcançarem o sucesso preconizado para as instituições. São inúmeras as tentativas que surgem para definir liderança, no entanto, é consensual que a liderança em si não é um ato isolado, depende, e muito, de vários fatores e intervenientes, dos quais se destacam a importância do líder e dos seus seguidores.

A liderança é considerada como a capacidade de influenciar os outros na direção pretendida e isso implica um grande esforço e trabalho diário, para que seja construída sobre fortes e sólidos pilares. Silva e Camelo (2013, p.534) indicam que a liderança é “como um fenómeno de influência grupal, em que é essencial agregar esforços, a fim de atingir as metas compartilhadas pelo grupo.”

O indivíduo que melhor consegue otimizar a energia de todos os intervenientes é considerado o líder, aquele que proporciona um ambiente de confiança, ou seja, que é “capaz de canalizar a atenção dos envolvidos e dirigi-la para ideais comuns. Para isso, ele se empenha no sentido de aproximar e ajustar interesses grupais e individuais em consonância com os objetivos da organização” (Souza et al., 2013, p.283).

Assim, o líder é aquele que mostra o caminho a seguir, alinhando as suas perspetivas com as do grupo, garantindo o envolvimento de todos e quanto em maior número forem os seus seguidores, maior será a influência que exerce, demonstrando uma liderança coesa e determinante (Santos, 2013).

Atualmente são vários os estudos que têm salientado a importância não só dos líderes mas também dos seguidores, pois o líder apenas conseguirá liderar se houver aqueles que o sigam, que acreditem e que apoiem as suas convicções.

Desta forma, salienta-se o papel ativo que os seguidores desenvolvem no sentido do desenvolvimento pessoal e grupal, tornando-se cada um, peça fundamental e imprescindível para

o bem comum e coletivo, pois cada um por si, e em conjunto, conseguem desenvolver competências que melhoram significativamente o resultado do trabalho em equipa.

A mesma opinião é partilhada por Simões e Fávero (2003) quando aborda a relação simbiótica que deve existir entre o líder e seguidores, considerando mesmo que sem seguidores, não faz sentido a liderança, pois os líderes apenas o são porque os seguidores apresentam em relação a ela uma perceção positiva, ou seja, estabelecem entre si uma sintonia espontânea e informal, independentemente de cargos ou posições estruturalmente definidas.

Noutra vertente, analisa-se a questão das organizações de saúde, que se encontram estruturalmente debilitadas, com graves carências económicas e sociais, e onde são impostas mudanças estruturais profundas. Cada vez mais, as estratégias escolhidas pela liderança são enaltecidas, pois são consideradas um ponto importante da mudança, ou seja, acredita-se que poderão proporcionar um novo rumo, uma nova visão, onde predomine a eficácia e o superar da atual crise.

Uma porção significativa do capital humano das organizações de saúde é composta por enfermeiros, que interagem entre si como equipa, para a prática de cuidados de enfermagem de excelência. A dinâmica de trabalho na equipa de enfermagem envolve algumas ferramentas de gestão e liderança consideradas relevantes para o sucesso das organizações hospitalares.

A forma como os líderes da equipa de enfermagem envolvem de forma ativa, motivando e incentivando os seus colaboradores em todo o processo é alvo de vários estudos no presente, no sentido de conhecer e analisar quais os resultados dessas interações.

Na carreira de enfermagem, outrora estruturada por várias hierarquias, surge o enfermeiro chefe como elemento central no processo de gestão da liderança dos enfermeiros. O enfermeiro chefe é aquele que deve possuir características que o distinguem dos outros enfermeiros e que faça com que estes o aceitem como líder, desde características técnicas, conceptuais e relacionais. O enfermeiro chefe é um elemento decisivo no funcionamento eficaz da organização de saúde.

Fradique e Mendes (2013) sugerem que a liderança do enfermeiro chefe deve assentar na motivação e no desenvolvimento de competências e capacidades, de forma a criar uma cultura dirigida para a melhoria contínua da qualidade. Neste âmbito, cabe ao chefe, o líder da equipa de enfermagem, a responsabilidade de desenvolver uma liderança com base na definição de estratégias que potencializem o desenvolvimento dos enfermeiros de forma individual e coletiva.

O tipo de liderança que os enfermeiros exercem é cada vez mais discutido na prática diária da enfermagem hospitalar, no sentido de conhecer qual o estilo de liderança que permite obter de todos os colaboradores um melhor êxito na persecução dos objetivos delineados para a instituição de saúde.

Assim, com base nos pressupostos referidos anteriormente, apresenta-se este estudo que tem como finalidade conhecer e analisar os estilos de liderança dos enfermeiros chefes tal como são percebidos e idealizados pelos enfermeiros por eles chefiados. A justificação para a escolha desta investigação relaciona-se com a tentativa de conhecer a prática de liderança, dando a conhecer aos líderes de enfermagem ferramentas importantes no seu exercício.

Por outro lado, surge como tentativa de realçar a importância dos seguidores no exercício da liderança, porque apesar de ser um tema atual, a maioria dos estudos dá primazia ao estudo do enfermeiro chefe enquanto líder, delegando num segundo plano o estudo a realizar aos seus seguidores.

Por fim, considera-se que este estudo tem relevância social, pois insere-se nas preocupações dos gestores hospitalares, enfermeiros chefes e enfermeiros, pois se todos conseguirem estar focalizados na mesma direção, mais facilmente os objetivos da organização serão alcançados e consequentemente, isso será refletido na melhoria da prática de cuidados e na melhoria da prestação de cuidados de saúde.

Esta investigação teve como ponto de partida a observação efetuada a enfermeiros chefes e enfermeiros, na procura e partilha de responsabilidades. Acredita-se que um maior consenso na percepção de liderança traduz-se num maior empenhamento de todos para a concretização das tarefas organizacionais. Neste sentido, o problema de investigação surgiu da dificuldade em compreender se existem diferenças na percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe e o estilo de liderança idealizado pelos enfermeiros.

Como principais objetivos para este trabalho pretende-se analisar e correlacionar o estilo de liderança do enfermeiro chefe, idealizado e percebido pelos enfermeiros e analisar a influência que as características sociodemográficas e socioprofissionais têm na percepção dos enfermeiros sobre o estilo de liderança do seu chefe.

Aprofundar a temática poderá ajudar a identificar as características primordiais para o exercício da liderança eficaz em enfermagem, pois a liderança deve ser trabalhada e deve ser uma aprendizagem contínua e permanente.

Com o intuito de se obter a informação necessária para desenvolver esta investigação, optou-se por se utilizar uma metodologia com uma abordagem quantitativa, através da aplicação de um questionário, a todos os enfermeiros do Centro Hospitalar Baixo Vouga – Unidade Aveiro, entre os meses de fevereiro e março de 2014. O questionário é composto por duas partes, a primeira está relacionada com a caracterização sociodemográfica da amostra, composta por nove questões fechadas e a segunda está relacionada com a avaliação do estilo de liderança apresentado pelos enfermeiros chefes, composto por uma escala tipo Likert, com cinco respostas possíveis.

Encontra-se estruturado em três capítulos, em que o primeiro constitui a fundamentação teórica, onde se abordam os principais conceitos utilizados neste estudo, tendo por base a pesquisa efetuada a vários autores. O segundo capítulo diz respeito à revisão empírica, onde é identificada a problemática de investigação, o tipo de estudo, as questões de investigação e hipóteses, a identificação do local do estudo, do instrumento de recolha de dados, da população e caracterização da amostra, identificação das variáveis e tratamento estatístico dos dados. Por fim, o último capítulo diz respeito à apresentação dos dados e discussão dos resultados.

**CAPÍTULO I -
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

1 - LIDERANÇA

As reflexões que se têm desenvolvido sobre o tema liderança não são recentes. A liderança, sob as várias formas, tem sido analisada e discutida em diferentes perspectivas. Analisando a literatura existente, verifica-se que existem inúmeras definições sobre o conceito, assim como existem várias teorias sobre a liderança. Considera-se que todas elas, tendo em atenção as suas particularidades, poderão ser pertinentes. No entanto, de forma a facilitar o desenvolvimento deste estudo, apenas se irão abordar os conceitos e as teorias que se considera que se apresentam como possuindo uma maior relevância para este trabalho.

Acredita-se que a referência ao termo liderança seja tão antiga que remonte ao início da história da humanidade. Alguns autores atestam a existência de referências à liderança na Bíblia aproximadamente por volta do ano 1300 Depois de Cristo (Gaidzinski, Peres & Fernandes, 2004). Outro autor, como é o caso de Rezende (2010, p.5) ao citar Bass (1990) refere a existência de “quase tantas definições de liderança quantas as pessoas a tentar defini-la”. Com a evolução, vários estudos e pesquisas foram realizados, sempre com a tentativa de procurar definir e relacionar características, habilidades e atributos nos comportamentos das pessoas que se destacavam como líderes.

Gaidzinski, Peres e Fernandes (2004) consideram que, a partir de 1930, a liderança passou a ter uma maior abrangência, porque o que até então era apenas conhecido como as características do indivíduo que ocupava a posição de liderar, passou a englobar outros elementos e a ser analisado como um processo que envolve não só o líder, como os seus seguidores (os liderados) e todo o meio envolvente.

Gonçalves (2008) destaca que, as excessivas utilizações do termo liderança no quotidiano acentuam a dificuldade e a complexidade na definição deste conceito. No entanto, para ultrapassar essas dificuldades e facilitar a compreensão da diversidade do conceito, Rego (1998) expõe no seu livro, as principais concepções de liderança e as suas caracterizações. Tendo por base estas concepções, apresenta-se no quadro 1 as descrições e, as principais ideias associadas ao conceito de liderança.

Quadro 1 – Principais conceitos de liderança e sua caracterização

Conceções de Liderança	Caracterização
Centro do processo grupal	A liderança envolve a proeminência de um ou alguns (poucos) indivíduos sobre outros. Em virtude da sua especial posição no grupo, o líder determina a estrutura, atmosfera, ideologia e atividades do grupo.
Personalidade e seus efeitos	O líder possui qualidades que o distinguem dos seguidores.
Arte de induzir a obediência	A liderança é a capacidade de imprimir a vontade do líder nos seguidores, e de induzir a sua obediência, respeito, lealdade e cooperação.
Exercício da influência	A liderança é uma relação entre líder e seguidores no qual o primeiro influencia mais do que é influenciado. Devido ao líder, os que são liderados agem diferentemente do que fariam sem ele.
Ato ou comportamento	A liderança é o comportamento de um indivíduo que está envolvido na direção das atividades do grupo.
Forma de persuasão	A liderança é a persuasão bem-sucedida, sem coerção: os seguidores são convencidos pelos méritos do argumento, não pela coerção do líder.
Relação de poder	A liderança é um tipo particular de relação de poder, que se caracteriza pela percepção dos membros do grupo de que outro membro tem o direito de lhes prescrever comportamentos relacionados com a atividade do grupo.
Instrumento de alcance de objetivos	A liderança é o processo de arranjo de uma situação, de tal modo que os membros do grupo, incluindo o líder, podem alcançar objetivos comuns com a máxima economia e o mínimo tempo, esforço e trabalho.
Efeito emergente da interação	A liderança é um processo de estimulação mútua através do qual a energia humana é dirigida para a prossecução de uma causa comum.
Papel diferenciado	Cada membro de um grupo, organização ou sociedade ocupa uma posição. Em cada uma delas, espera-se que o indivíduo que a ocupa desempenhe um papel mais ou menos bem definido. O líder desempenha, pois, o papel que lhe é atribuído – que é diferente do atribuído aos seguidores.
Iniciação da estrutura	A liderança é o processo de criação e manutenção do padrão de relacionamentos e papéis. Ela permite manter a eficácia dos sistemas de decisão.
Combinação de elementos	A liderança envolve aspectos de personalidade, processo de influência, comportamento, poder, etc.

Fonte: Rego (1998, p. 24) adaptado de Bass (1990).

Alguns autores, como Borges e Baylão (2010, p. 6) referem liderança como sendo “a capacidade de influenciar pessoas ou a equipe de trabalho em direção ao alcance dos objetivos, conquistando credibilidade, confiança e aceitação.” Através desta citação pode-se referir que liderança, não é exclusiva das pessoas que ocupam cargos hierarquicamente superiores nas organizações, pelo que Kotter (1992) citado por Gonçalves (2008, p.8) propõe a análise de liderança de duas maneiras distintas: “(1) quando se refere ao processo de mover um grupo de pessoas em alguma

direcção por meio de métodos coercivos ou (2) para se referir a pessoas que ocupam posições onde se espera liderança.”

O trabalho desenvolvido por Dias (2001, p.20) apresenta várias definições de diferentes autores, para o conceito de liderança, no entanto, o autor considera que “mais importante que a interpretação organizada e sistematizada da liderança como um conceito, é fundamental compreender que a liderança influencia de facto os processos e dinâmicas dos grupos”.

Também Silva e Cunha (2005, p.58) referem que “a liderança é um processo de influenciar as pessoas a mudarem, e também concordam que liderança consiste no exercício de influência de um individuo sobre um grupo.” Neste processo de liderança o papel dos seguidores é tão importante como o papel do líder, pois só se é líder se houver seguidores.

Quando se analisa a evolução da liderança observam-se dois períodos distintos. Por um lado, a perspectiva clássica, centrada nas características do líder ideal e nas condições que teriam de ter, para ter sempre o apoio e a aceitação dos liderados. Nesta perspectiva, os líderes seriam considerados pessoas com talentos inatos. Por outro lado, surge a perspectiva contemporânea, baseada no clássico, examinando o fenómeno da liderança como um processo complexo e globalizado em que as relações entre os diferentes seguidores, entre o líder e seguidores e o meio envolvente são imprescindíveis.

Nesta perspectiva, Borges e Baylão (2010) afirmam que o avanço tecnológico, a globalização e a competição no mercado de trabalho, incentivaram ao aparecimento de novas formas de liderar/motivar as pessoas a produzirem mais e melhor. A gestão de pessoas tornou-se fundamental para o sucesso organizacional e os líderes têm necessidade de desenvolver constantemente novas habilidades e atitudes em relação ao trabalho com os outros, de desenvolverem uma nova postura de “chefe”, pois os requisitos exigidos para o desempenho das atividades nas empresas também se alteraram. Assim, Borges e Baylão (2010) estabelecem uma separação dicotómica entre o que designam de antigo e novo paradigma da liderança, onde destacam as suas principais diferenças, tal como se apresenta no Quadro 2.

Quadro 2 – Diferenciação entre o antigo e o novo paradigma da liderança

Antigo Paradigma da Liderança	Novo Paradigma da Liderança
Separação entre líder e liderado	Integração entre líder e liderado
Sentimento de superioridade do líder	Sentimento sincero de igualdade entre líder e liderado
Estilos autocrático, democrático e liberal de liderança	Estilo participativo de liderança
Simple relação visando cumprir os objetivos	Líder estabelece uma relação evolutiva visando ao crescimento em direção à plena consciência
Líder centrado em objetivos materiais	Líder centrado em objetivos e valores superiores
Visão superficial dos objetivos de vida e do trabalho	Conscientização do sentido profundo da existência e do trabalho
Conflito: procura de culpa	Visão holística, abrangente e inclusiva: homem, sociedade e dialogar
Dirige grupos, departamentos, seções, setores isolados de organizações	Incentiva redes de organismos vivos
Ênfase em personalidades autoritárias ou obedientes, disciplinares e energéticas	Ênfase em personalidades harmoniosas, porém firmes e lúcidas.

Fonte: Borges e Baylão (2010, p. 3) adaptado de Cavalcanti et al. (2005).

Apesar da liderança ser entendida como a capacidade para influenciar os outros para atingir determinados objetivos, tendo em atenção o contexto económico e social atual, surgem novas necessidades para os líderes de desenvolverem habilidades e atitudes voltadas para os outros, em especial, para o trabalho em equipa. Tal como Borges e Baylão (2010) salientam as atuais formas de liderança vão muito além da abordagem técnica outrora muito valorizada pelos líderes. Atualmente mais do que saber fazer, as pessoas querem oportunidades para conseguir desenvolver o seu talento e as suas competências, querendo ser parte fundamental no desenvolvimento da organização e isso implica que os líderes desenvolvam novas formas de liderar. Por outro lado, têm sido impostas nas organizações mudanças de cultura organizacional, provocadas não só pelo avanço tecnológico, como também pela globalização e pela competição cerrada dos mercados, exigindo de todos, e em especial dos líderes, novas formas de liderar/motivar para produzir cada vez mais e melhor.

As organizações expressam uma missão, planeiam a visão e definem os valores, estabelecendo um plano estratégico no sentido de que a missão seja mantida e a visão alcançada (Assis, 2010). Neste âmbito, Borges e Baylão (2010) salientam a importância da interação humana para que os resultados sejam alcançados, sendo essencial compatibilizar o desempenho de todos os colaboradores com os objetivos das organizações, reajustando as suas práticas de gestão e

estratégias, exigindo dos colaboradores competências que vão muito além da simples execução da tarefa.

O processo de liderança é exercida pelo líder, que é “aquele que influência os outros na medida em que estes fazem de forma voluntária o que o líder solicita” (Cruz, Nunes & Pinheiro, 2010). O líder é aquela pessoa capaz de orientar os outros para determinada direção, ou seja, é o indivíduo que faz com que os outros adotem determinados comportamentos e posições, de forma a alcançar os objetivos pretendidos, e isso, só é possível, se o líder tiver determinadas características e qualidades que o distingam dos outros. Bennis (2000) citado por Rezende (2010, p.5) destaca algumas das “principais qualidades exigidas dos líderes: a direção e o significado, o que inclui paixão e perspectiva; a confiança estruturada nos pilares da ambição e impulso, competência, autenticidade e integridade; o otimismo associado à tenacidade, perseverança e persistência; a orientação para os resultados, com destaque para a satisfação dos clientes, dos funcionários e para um fluxo de recursos eficaz”.

Os líderes têm obrigatoriamente de estar conscientes quanto às necessidades, aspirações e receios dos seus colaboradores, conciliando essas necessidades com um ambiente organizacional favorável ao seu desenvolvimento (Borges & Baylão, 2010).

“Para ser bem sucedido como líder o “chefe” deve saber lidar com aspectos relativos à comunicação, motivação, as relações interpessoais, a dinâmica de grupo e ao trabalho em equipe. Para isso o líder precisa de estar atento para criar um ambiente propício à integração e ao trabalho coletivo, fazendo com que o grupo sinta-se disposto e motivado em busca do objetivo e as metas a serem alcançadas. A responsabilidade do líder é gerar meios para que a equipe trabalhe em prol do objetivo comum” (Borges & Baylão, 2010, p.6).

Foram analisadas várias conceptualizações e interpretações sobre o conceito de liderança, no entanto a definição que irá ser abordada neste trabalho será a de que a liderança é um processo de influenciar as pessoas a mudarem, ou seja, a liderança consiste no exercício de um indivíduo em exercer influência sobre os outros. De seguida irão ser apresentadas, de uma forma sucinta, as principais teorias de liderança, que se consideram relevantes para este estudo.

2 - TEORIAS DA LIDERANÇA

De forma a sistematizar este trabalho, e apoiando a estrutura efetuada por Wu (2009) citado por Cruz, Nunes e Pinheiro (2010) identificam-se quatro principais enfoques no desenvolvimento das teorias de liderança: as teorias dos traços/características, as teorias comportamentais, as teorias contingenciais e as novas abordagens da liderança.

A apresentação das diferentes teorias de liderança será realizada de acordo com o seu surgimento, por ordem cronológica e tendo em atenção que “na actualidade não existe uma corrente de liderança dominante, porém, é na generalidade aceite pelos investigadores o foco na pessoa do líder e na interacção líder-subordinado” (Junqueira, 2006, p.19).

2.1 - TEORIA DOS TRAÇOS/CARACTERÍSTICAS

A teoria dos traços/ características é uma das primeiras tentativas para distinguir o líder dos seguidores, através da identificação das características que possuíam e que os faria distinguir dos não líderes. Há medida que os estudos nesta área se desenvolveram, os traços foram-se complexificando, passando-se de traços e características muito simples para algo mais complexo, tornando-se o seu número enorme e desproporcional.

Alguns autores, como Wu (2009) citado por Cruz, Nunes e Pinheiro (2010) são consensuais quando referem que esta teoria iniciou o seu desenvolvimento nos finais do século XIX, até meados dos anos 40, do século XX e, Dias (2001) identifica Stogdill, na década de 40, como sendo um dos seus principais autores.

Gonçalves (2008) enfatiza que as teorias dos traços de personalidade valorizam as qualidades e características pessoais do líder e que esses atributos são inatos, pelo que a principal atenção deve ser dada à identificação e distinção dos traços pessoais dos líderes dos seus seguidores. Estas características pessoais do líder vão desde as características físicas, como por exemplo a altura e a aparência física, até às características intelectuais e emocionais, que englobam o perfil, a autoconfiança, entre outros.

Apesar de alguns autores, como é o caso de Stogdill (citado por Dias, 2001), considerarem as características do líder inatas, há outros autores que realçam o facto de estas poderem ser aprendidas. Tal é o caso de Oliveira, Paz, Telles, Leite e Stipp (2004, p.488) quando referem: “os estudos que focalizam as características, supõem que algumas pessoas têm certos traços de personalidade que as fazem melhores líderes que outras, entretanto, alguns autores ponderam que essa abordagem pode ser contra argumentada uma vez que tais características podem ser desenvolvidas, e não apenas herdadas”. Neste âmbito, surgem algumas críticas relativas à teoria dos traços/características, pois enquanto alguns investigadores valorizam as características inatas e unívocas dos líderes, outros refutam-na, alegando que as mesmas características também podem ser encontradas e desenvolvidas nos não líderes.

Em suma, podemos afirmar que nesta teoria se destacam duas vertentes: uma considera que os líderes têm determinadas características inatas que os distinguem dos outros, e outra que considera que os indivíduos desenvolvem determinadas características consideradas essenciais para o exercício da liderança, tornando-se líderes.

Junqueira (2006) ao analisar a teoria dos traços de personalidade destaca duas premissas: (1) determinadas características podem fazer com que o indivíduo tenha maior propensão para o exercício da liderança, no entanto, esses atributos por si só, não são condição unívoca para se atingir a eficácia; (2) realçando somente essas características, são esquecidas outras componentes importantes, tais como o contexto, que em determinadas situações poderão ser relevantes.

Syroit (1996), citado por Dias (2001, p.29) conclui que “determinado indivíduo colocado em posição de liderança e que possua alguns dos traços e perícias definidos tem mais probabilidade de ser um líder eficaz do que outro que não os contenha”. Assim, esta teoria tem como principal objetivo “identificar um conjunto de traços que ajudariam a selecionar a pessoa certa para cargos que requeriam uma liderança eficiente” (Cruz, Nunes & Pinheiro, 2010, p.3) e pressupõe que líderes eficientes partilham características comuns necessárias para o exercício da liderança. No entanto, com a identificação das características comuns aos líderes, a lista dos traços aumentou e complexificou-se e isso tornou-se na sua principal fragilidade.

Neste sentido verifica-se que esta teoria apresenta algumas limitações, tendo sido legada para um segundo plano, pois poder-se-iam isolar vários traços característicos num líder, também presentes num não líder. Armandi et al. (2003) citado por Cruz, Nunes e Pinheiro (2010) identificaram como principal limitação desta teoria o facto de não considerar as interações entre

os líderes e liderados, nem tão pouco o contexto envolvente. Também Junqueira (2006) identifica alguns fatores que conduziram ao insucesso desta teoria, pois não valoriza a importância dos liderados, nem dos fatores situacionais, nem tão pouco esclarece a importância dos traços. Assim, esta teoria mostrou ser insuficiente, na medida em que não esclarece se, por exemplo, os líderes são autoconfiantes por si só, ou se o seu sucesso se traduz no desenvolvimento da sua autoconfiança.

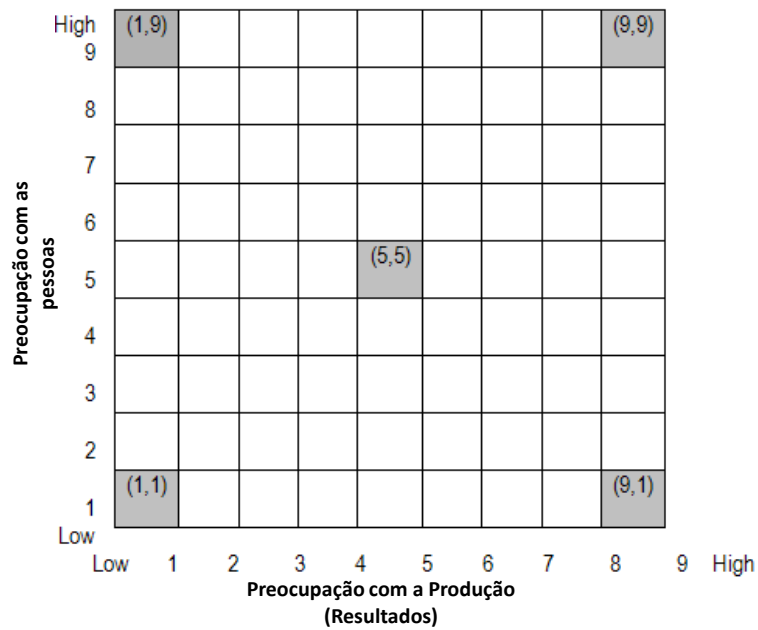
2.2 - TEORIAS COMPORTAMENTAIS

Dado o insucesso da teoria dos traços para explicar a complexidade da liderança apenas com base nas características do líder, surge uma nova corrente, que passou a dar uma maior ênfase às suas tarefas (Marquis, 1999). O desenvolvimento do estudo da liderança com base nos comportamentos do líder, ocorreu entre 1940 e 1960, e procurou analisar os comportamentos que diferenciavam os líderes eficazes dos líderes menos eficazes, pois, nesta altura, acreditava-se que o líder eficaz possuía determinados comportamentos específicos que o distinguiam dos restantes (Rego, 1998; Junqueira, 2006).

Como primeira tentativa de identificar os estilos de liderança surgiram os estudos realizados pelas Universidades Americanas de Iowa, Ohio e Michigan (1940-1950), que procuraram analisar o comportamento do líder e as suas consequências durante o exercício de liderança.

Dois dos autores mais citados que desenvolveram a teoria comportamental, Robert Blake e Jane Mouton elaboraram, em 1964, a Managerial Grid (grelha de gestão de Blake e Mouton), tendo destacado cinco estilos de liderança principais, baseados em duas grandes dimensões: o comportamento orientado para a tarefa e o comportamento orientado para as relações com as pessoas. Nesta grelha, representada pela figura 1, identificam-se nove posições específicas para cada um dos eixos, podendo assim surgir oitenta e uma possibilidades de estilos de liderança.

Figura 1 – Estilos de Liderança propostos por Blake e Mouton



Fonte: Adaptado de Blake e Mouton (1964) citado por Gholamisaman (2012)

Os cinco principais estilos de liderança encontram-se definidos como sendo:

- o estilo 1,1 (“fraco”) – onde o líder faz a aplicação de um esforço mínimo para se conseguir que o trabalho necessário seja executado, não emite opiniões se não for questionado, não toma partido e fica neutro e fora de conflitos, deixando a tomada de decisão para os outros;
- estilo 9,1 (“tarefa”) – o líder exige muito de si e dos outros, analisando todas as ideias e posições, mantendo o controlo sobre tudo e todos;
- estilo 5,5 (“equilibrado”) – o líder mantém um ritmo constante aceita a opinião dos outros e analisa quando há discrepâncias óbvias, estabelece um equilíbrio entre a necessidade de se conseguir que o trabalho seja executado e a manutenção do moral das pessoas num nível satisfatório;
- estilo 1,9 (“simpático”) – o líder toma decisões no sentido de apoiar as pessoas e manter a união do grupo. Procura uma relação harmoniosa com todos e evita gerar conflitos, pois relacionamentos satisfatórios conduzem a um clima ambiental favorável e a um trabalho cordial;

- estilo 9,9 (“equipa”) – o líder esforça-se para conseguir a adesão de todos, pelo que a realização do trabalho é conseguida por pessoas comprometidas: a interdependência através de um interesse comum no objetivo da organização conduz a relacionamentos de confiança e de respeito (Higa & Trevizan, 2005).

Para Junqueira (2006, p. 39) os “líderes mais bem sucedidos são os que preferencialmente adoptam um estilo de 9,9”, o que significa elevada preocupação com a produção, ou os resultados, e elevada preocupação com as pessoas. Apesar disto, a mesma autora, também refere que esta escala não garante que este seja o estilo mais eficaz em todas as situações.

Outro autor, como é o caso de Consulting (2007) refere que o comportamento mais eficaz do líder é aquele que está mais direcionado para as pessoas (pois esta dimensão faz com que se aproxime dos seus subordinados e centre a sua atenção nas relações) e menos focalizado com a produção e execução da tarefa, porque só assim, o desempenho, a eficácia e a satisfação dos colaboradores aumentará.

Outros autores, como Sellgren et al. (2006) e Yukl (1989) citado por Dias (2001, p.28) ao realizaram as suas investigações reconhecem não só a importância da execução da tarefa e do relacionamento, mas também o comportamento participativo, referindo que os líderes podem ser agrupadas em “três tipos de liderança: o comportamento orientado para a tarefa, o comportamento orientado para o relacionamento, e o comportamento participativo”.

Com a evolução dos estudos sobre o estilo de liderança verificou-se que, além de existir uma excessiva preocupação com o líder, por vezes, os líderes não se enquadravam somente num estilo específico, podendo muitas vezes alternar estilos mediante cada situação (Marquis, 1999). Tal facto é salientado por Dias (2013, p.50) quando refere que “alguns líderes podem apresentar mais do que um estilo em sua liderança. Isso é um ponto positivo, pois as organizações estão sujeitas a muitas situações distintas no seu dia a dia, e às vezes é necessário usar estilos diferentes para se adaptar aos conflitos. Mesmo assim, além do líder apresentar estilos diferentes, sempre terá um estilo que prevalecerá sobre os outros”.

Este novo enquadramento deu origem a uma nova interpretação sobre a liderança e abriu espaço para explorar uma nova teoria. É neste contexto que surge a teoria situacional ou contingencial a partir das críticas às teorias comportamentais. Alguns autores, como é o caso de Junqueira (2006) propõem como objeção a este modelo as diversas inconsistências encontradas nos resultados

obtidos, pois o estilo mais adequado em determinada situação, não garante o estilo ideal noutra situação diferente.

2.3 - TEORIAS SITUACIONAIS OU DE CONTINGÊNCIA

As primeiras ideias relativas à valorização do contexto surgiram no início do século XX com Follett e tornaram-se, segundo alguns autores, fundamentais para a definição do estilo de liderança. Neste grupo de teorias destacam-se o modelo contingencial de Fiedler, desenvolvido a partir de meados de 1960 e o modelo de liderança situacional proposto por Hersey e Blanchard, desenvolvido em meados de 1970 (Marquis, 1999).

Seguindo o modelo de abordagem contingencial “desenvolvida por Fred Fiedler, esta teoria defende que a eficácia do desempenho do grupo depende da relação entre o estilo de liderança e a favorabilidade da situação” (Dias, 2001, p.29). O mesmo autor reconhece que a teoria compreende três importantes processos, entre eles: a caracterização da liderança, a definição, construção e mensuração da variável situacional e por fim, a relação entre o tipo de liderança exercida e a eficácia do grupo (Dias, 2001).

O primeiro, a caracterização da liderança, tem a finalidade de identificar a hierarquia motivacional, efetuada através de uma escala Least Preferred Co-Worker (L.P.C.) que classifica o líder num sentido mais orientado para o relacionamento (se tiver um resultado alto para L.P.C.), ou mais orientado para a tarefa (se tiver um resultado baixo para L.P.C.) (Dias, 2001).

O segundo processo importante é a definição, construção e medição da variável situacional que pode ser produto de três fatores, a relação do líder com os seus seguidores (tendo mais ou menos apoio dos seus subordinados), o grau de estruturação da tarefa e a posição de poder (a quantidade de poder que o líder tem para recompensar ou punir os subordinados) (Dias, 2001).

Por fim, o último processo compreende a relação entre o tipo de liderança exercida e a eficácia do desempenho do grupo. Porque o estilo de liderança é algo complexo e difícil de ser manuseado, Dias propõe que para se obter a eficácia do grupo se deve “escolher o líder que melhor corresponde à situação em causa” e/ou “mudar a situação para que esta se possa adaptar ao líder” (Dias, 2001, p.31).

Ainda o mesmo autor realça que a teoria situacional “ênfatiza a importância da interação da situação e das características do líder na determinação da eficácia da liderança e de proporcionar um caminho rico de investigação e a aplicação de um programa de formação de líderes” (Dias, 2001, p.31).

Assim, este novo modelo proposto por Fiedler veio destacar-se, em relação às abordagens anteriormente existentes, demonstrando que o líder eficaz é “aquele com capacidade de se ajustar a um grupo particular de pessoas, sob condições diversas” (Junqueira, 2006, p.42).

De acordo com o modelo situacional de Hersey e Blanchard, proposto em 1986, acredita-se que o estilo de liderança ideal varia consoante a maturidade dos seguidores e mediante as características da situação, ou seja, “à medida que os subordinados vão atingindo níveis mais elevados de maturidade, o líder deve responder com uma redução do controlo sobre as pessoas e as tarefas e com uma redução do comportamento de relação/orientação das pessoas” (Melo, 2011, p.57).

O modelo situacional centra-se em muitas variáveis que determinam o comportamento, mais especificamente na relação que se estabelece entre o líder e os seus seguidores, onde o líder diferencia os seus comportamentos mediante a maturidade apresentada por estes. Hersey e Blanchard demonstram a importância que os diferentes seguidores têm na escolha do estilo de liderança adotado pelo líder. A liderança eficaz é aquela que consegue conciliar o estilo de liderança exercido pelo líder, tendo em atenção o contexto e a sua função. Seguindo o modelo de liderança situacional desenvolvido por Hersey e Blanchard, os líderes adotam o seu estilo de liderança consoante as necessidades dos seus seguidores e consoante a situação (Lourenço & Trevizan, 2002).

A teoria de liderança situacional de Hersey e Blanchard dá uma grande ênfase na maturidade dos seguidores, ou seja, o líder pode ser situacional, mas nem todos os líderes conseguem ser eficazes em casos situacionais. Ao mudar o contexto, por vezes, o líder senão for situacional não consegue adaptar-se à nova situação. Ao mudar de estilo pode perder seguidores, o que pode não compensar.

No Modelo de Liderança Situacional proposto por Hersey e Blanchard, em 1982, identificam-se dois tipos de comportamento: o comportamento de relação e o comportamento de tarefa. O comportamento de relação é “aquele que os líderes adotam para manter relações pessoais, abrindo canais de comunicação e dando reforços positivos aos colaboradores” (Lourenço &

Trevizan, 2002, p.4). O comportamento de tarefa é “aquele que os líderes adotam para organizar e definir funções, explicar atividades, estabelecer padrões” (Lourenço & Trevizan, 2002, p.4).

Assim, esta teoria conjuga três pontos essenciais: o nível de comportamento do líder orientado para a tarefa, nível de comportamento do líder orientado para o relacionamento e o nível de maturidade dos seus seguidores (Junqueira, 2006). Deste cruzamento identificam-se quatro estilos básicos da liderança: determinar (dar instruções específicas e rígidas, com supervisão direta na sua execução), persuadir (explicar as decisões tomadas, dando a possibilidade de se esclarecerem dúvidas), compartilhar (propor ideais de forma a facilitar a tomada de decisão) e delegar (as decisões e implementações) (Asanome, 2001).

Para Marquis (1999) a eficácia do líder no modelo de Hersey e Blanchard, dependia de qual o estilo de liderança a adotar em determinada situação, com base em vários modelos de maturidade. Assim, consoante os indivíduos vão amadurecendo, o estilo de liderança assume-se como sendo menos orientado para a tarefa e mais orientado para as relações.

O estilo de liderança *determinar* é adequado quando o nível de maturidade é baixo, isto é, quando o grupo ou indivíduo não tem capacidade, ou não se encontram seguros, para assumir a responsabilidade na execução das tarefas. Neste caso, o grupo ou indivíduos necessitam de orientação e supervisão apertada, pelo que o líder deve adotar um comportamento de tarefa alto e relacionamento baixo (Consulting, 2007).

O estilo de liderança *persuadir* adequa-se em níveis de maturidade baixos, em que o indivíduo ou grupo não tem a capacidade para a execução, mas demonstram estar seguros e têm disposição para assumir a responsabilidade. Neste caso, é importante um estilo diretivo, em que a comunicação deve ser bilateral, dada na sua maioria pelo líder. O líder deve adotar um comportamento alto de tarefa e alto de relacionamento (Consulting, 2007).

O estilo *compartilhar* adapta-se quando o nível de maturidade se encontra entre o moderado a alto, onde o indivíduo ou grupo têm as competências necessárias para a execução das tarefas, mas não estão dispostas a tal, muitas vezes porque se encontram inseguros. Neste caso, a tomada de decisão é feita em conjunto, em que o líder deve potenciar a comunicação bilateral e em especial a escuta ativa, adotando um comportamento de relacionamento alto e de tarefa baixa (Consulting, 2007).

Quando o estilo de liderança é baseado em *delegar* é porque há um nível de maturidade alto em que o grupo ou indivíduos têm capacidades e disposição para assumir as responsabilidades. Neste caso, o líder deve dar pouca orientação e pouco apoio, adotando um comportamento de tarefa e relacionamento baixo (Consulting, 2007).

Com base no estudo das teorias situacionais, Junqueira (2006) propõe a análise da eficácia do líder, sob duas perspectivas diferentes: através do comportamento do líder que é variável mediante a situação e pela possibilidade do líder adotar determinados comportamentos ou estilos de liderança de acordo com as várias possibilidades da situação. Também García e Santa-Bárbara (2009) reconhecem que cada líder pode ter um estilo preferido, no entanto, a sua eficácia só será alcançada se possuir a capacidade para se adaptar ou modificar o estilo de liderança quando a situação assim o exigir.

Apesar da teoria situacional ter sido inovadora em alguns aspetos, também gerou algumas controvérsias, considerando-se um modelo muito simplista pois, por vezes, seria mais fácil mudar de líder do que este adaptar-se às circunstâncias. Por outro lado, o contexto vai determinar, quase na totalidade, o estilo que o líder irá escolher, podendo adotar o mesmo estilo em diferentes situações ou perante a mesma situação adotar estilos diferentes.

2.4 - NOVAS ABORDAGENS DA LIDERANÇA

A partir dos anos 1980, surge uma nova abordagem relativa às teorias de liderança, isto porque os modelos propostos anteriormente apresentavam, segundo Avolio, Walumbwa e Weber (2009), uma baixa relação de causalidade entre os resultados do desempenho, como a produtividade e a eficácia.

Alguns autores, como Gonçalves (2008) e Cruz et al. (2010) caracterizam as teorias desenvolvidas a partir dos anos 80, como sendo as teorias da “nova liderança”. Destas teorias destacam-se a teoria da liderança carismática, a teoria da liderança visionária, a teoria da liderança transformacional/ transacional, a teoria da liderança servidora, a teoria da relação líder-membro e a teoria Path-Goal. Dado o número elevado de teorias que se enquadram neste âmbito, e porque não seria possível enquadrar todas neste trabalho, apenas se irá abordar a teoria da liderança transformacional/transacional.

Ao contrário das teorias de liderança apresentadas até esta fase, em que se denota uma descrição dos comportamentos do líder relativamente aos seus seguidores, com maior propensão na orientação para a tarefa ou para as relações, as novas teorias de liderança enfatizam o comportamento simbólico do líder, visionário, inspirador, com elevados valores morais, atenção individualizada e estimulação intelectual (Avolio, Walumbwa & Weber, 2009).

Armandi et al. (2003) citado por Cruz, Nunes e Pinheiro (2010, p.6) ao analisarem o exercício da liderança indicam que “os líderes ganham confiança e respeito dos seguidores e sendo assim a liderança é uma espécie de processo contínuo ajustado onde o comportamento do líder muda de acordo com o feedback dos seguidores”. Neste sentido, salienta-se a importância do comportamento do líder que se ajusta na tentativa de adequar a sua resposta às necessidades dos seguidores.

2.4.1 – Liderança Transformacional/ Liderança Transacional

A primeira referência à liderança transformacional surgiu em 1973, por Downton, mas só mais tarde, em 1978, Burns desenvolveu o conceito, com a diferenciação de liderança transformacional e liderança transacional (Bass, 1990; Gonçalves, 2008; Rezende, 2010). São vários os estudos propostos na área de liderança transformacional/transacional, contudo Bass apresentou um maior número de estudos nesta área, propondo uma nova conceção de liderança.

Bass descreveu, a partir de 1985, um novo paradigma considerado útil para a compreensão da relação entre a liderança e a avaliação de desempenho. Neste novo paradigma, o autor incluiu padrões de liderança transacional e transformacional, onde os líderes transformacionais são agentes de mudança, que em vez de atenderem simplesmente a autointeresses imediatos dos seguidores, incitam e transformam atitudes, crenças e motivos dos seguidores, tornando-os conscientes das necessidades para o bem do grupo (Bass, 1990). Por outro lado, os líderes transacionais clarificam as necessidades dos seguidores, ajudando na definição do seu papel e nos requisitos da tarefa, fornecendo recompensas contingentes positivas ou negativas, de acordo com o sucesso do seu desempenho (Bass, 1990).

Para o investigador Gonçalves (2008, p.22) liderança transacional é “um processo de troca social entre os líderes e liderados que envolvem várias transações baseadas em recompensas. O líder transacional transmite as expectativas de desempenho, metas e o ponto em que serão

confrontadas as metas e recompensas. Nesta perspectiva, a liderança transacional é uma liderança em que uma parte significativa se baseia na troca de recompensas sobre o desempenho dos seguidores (Avolio et al., 2009).

Em 1985 Bass propôs um modelo multifatorial, desenvolvido através de um questionário multifatorial de liderança (MLQ), cujo objetivo era medir aspectos que caracterizassem a existência de traços transformacionais e transacionais nas pessoas. Tendo por base esse modelo, identificam-se alguns fatores, associados a três diferentes estilos: liderança transformacional, liderança transacional e liderança passiva. O autor identifica fatores de liderança características dos líderes transacionais como as recompensas contingentes (se o desempenho for adequado é valorizado e recompensado pelo líder) e a gestão pela exceção (ativa), que resulta da não concretização das expectativas do líder o induzirem a corrigir o que está errado (Bass, 1990). A liderança transformacional associa quatro componentes característicos, entre eles: o carisma (identificado numa forte relação entre os seguidores e o seu líder e entre os diferentes seguidores, caracterizados por fortes emoções, respeito e orgulho), a inspiração (capacidade para o líder inspirar os seus seguidores para executar determinada tarefa), o respeito pelos subordinados (quando o líder consegue inspirar os elementos do grupo, na execução de determinada tarefa, dando-lhe apoio, treino e orientação) e a estimulação intelectual (através da consciencialização dos problemas de forma a poder influenciar os seguidores para alcançar uma determinada visão) (Avolio & Bass, 1999).

Além dos seguidores poderem ser recompensados, a liderança transacional também engloba “transações mutuamente gratificantes entre líderes e subordinados, dentro de um contexto situacional” (Junqueira, 2006, p.53). Assim, quando há referências a uma liderança transacional não são só as trocas entre líder e liderado que são valorizadas, neste âmbito de liderança, também importam as questões situacionais envolventes.

Bass e Avolio (1993) postulam que na liderança transacional, os líderes utilizam recompensas quando os seguidores atingem os objetivos planeados, ou seja, o líder oferece reforços positivos quando os objetivos são atingidos, não tornando o seu processo de liderança ineficaz, apenas limita a liderança ao contrato explícito entre o líder e o seguidor. No desenvolvimento da liderança transformacional tem-se em consideração que o líder não deve atender somente as necessidades imediatas dos seguidores, mas deve também ampliar esse interesse, transcendendo os interesses pessoais para os interesses do grupo.

Assim, liderança transformacional é “aquela que acontece quando um líder inspira os seguidores para compartilhar uma visão, permite e provê os recursos necessários para desenvolver o potencial das pessoas, cria um ambiente de otimismo, mobiliza o compromisso e supre as necessidades dos liderados” Gonçalves (2008, p.22). A liderança transformacional ocorre quando os comportamentos do líder transformam e inspiram os seguidores a realizar não só as tarefas atribuídas, mas também a superá-las, transcendendo do autointeresse para o interesse da organização (Avolio et al., 2009).

Na lógica de liderança transformacional inspira-se os subordinados numa lógica de *empowerment*, no sentido de lhes proporcionar agentes ativos nos processos de mudança. Os líderes além terem a capacidade para motivar os seguidores a superar os objetivos previamente estabelecidos, incutem-lhes estímulos para que se tornem mais criativos.

Com a análise da liderança transformacional reflete-se os seus efeitos nos seguidores, assim como se refletem altos níveis de moralidade e motivação. Asanome (2001) e Rezende (2010) são consistentes com as ideias referidas anteriormente, acrescentando que o líder transformacional inspira os seus seguidores para alcançarem objetivos suportados por valores e ideais. Assim, os líderes transformacionais são denominados por Dias (2001), de “agentes da mudança”, uma vez que elevam os seus interesses aos interesses da organização.

Bass e Avolio (1993) indicam que os líderes transformacionais usam processos de influência de ordem superior quando comparados com os líderes transacionais e que os líderes transformacionais não reagem apenas aos problemas, também se questionam de forma a puderem contribuir para a construção de um objetivo coletivo. Os líderes transacionais limitam-se a solucionar problemas para alcançar os objetivos traçados.

Por fim, o terceiro estilo de liderança definido por Bass como sendo o estilo passivo caracterizado por gestão de exceção (passivo) e *laissez-faire*, ou seja, o líder adota uma postura muito ausente, não definindo objetivos nem interferindo, a não ser que o problema seja sério (gestão por exceção passivo), ou então, não assume as suas responsabilidades, evitando orientar, apoiar e tomar decisões, permitindo que sejam os outros a fazer isso por ele (Gonçalves, 2008).

Junqueira (2006, p.51) considera que algumas características individuais dos líderes tendem a aumentar o seu carisma, no entanto, a autora considera que é o contexto que os torna importantes para as necessidades dos seus seguidores, ou seja, “traços iguais em indivíduos diferentes podem significar diferentes percepções de liderança. Os líderes transformacionais

eficazes apelam a ideais elevados e valores morais (liberdade, justiça, paz, igualdade) de forma a elevar a consciência dos seus subordinados”.

Embora a maioria dos estudos desenvolvidos aborde questões de liderança sem diferenciar o género torna-se pertinente particularizar que o género feminino apresenta uma maior preponderância que o género masculino na liderança transformacional. Tal facto é comprovado por Eagly, Johannesen-Schmidt e Engen (2003) quando no âmbito da liderança transformacional e transaccional sugerem que existe uma clara tendência da mulher em adotar um estilo de liderança transformacional, identificando por um lado que a mulher supera o homem em três componentes da liderança transformacional: a influência idealizada, a motivação inspirada e a consideração individualizada. Por seu lado, o homem sobrepõe-se nas componentes de gestão por exceção e na liderança laissez-faire. Esta é, no entanto, uma questão que tem sido muito discutida na literatura mas cujo desenvolvimento ultrapassa o foco da análise eleita para este trabalho.

Para Junqueira (2006, p.52) a principal diferença entre liderança transformacional e liderança transaccional é que “os líderes transformacionais desenvolvem e projetam uma visão de futuro, com energia e motivação suficientes para encorajar os outros a contribuir para essa nova direcção (...) conseguem obter um nível elevado de satisfação e de eficácia”. A mesma autora salienta que a liderança transformacional e a liderança transaccional não devem ser consideradas antagónicas, mas sim uma a extensão da outra, ou seja, a liderança transformacional que é desenvolvida sobre a liderança transaccional produz maiores níveis de desempenho nos seguidores do que apenas uma abordagem transaccional. Concordante com as mesmas ideias Rezende (2010) afirma que a liderança transformacional é uma expansão da liderança transaccional, porque para a liderança ser efetiva além das trocas e recompensas tem de se criar valor, ideais, com altos níveis de motivação e envolvimento do seguidor.

A área de intervenção da liderança não se centra apenas no líder, tem também em atenção não só os seus seguidores, como todos os seus intervenientes, seus pares, supervisores, ambiente de trabalho, contexto, cultura (Avolio et al., 2009). Liderança tem de ser interativa, dinâmica e onde os seus agentes interagem de forma imprevisível, podendo adaptar as suas respostas à disseminação do conhecimento, formação, inovação e adaptação à mudança (Uhl-Bien et al., 2007, citado por Avolio et al., 2009). Na mesma sequência de ideias, salienta-se que para se alcançar a liderança ideal não se pode considerar somente o líder e seu seguidor, pois há inúmeros fatores a ter em conta e nenhum deles deve ser subestimado, pois a liderança não é apenas um ato de um individuo ou indivíduos com capacidades extraordinárias, a liderança é, e

deve ser, uma complexa interação de inúmeras forças (Uhl-Bien et al.,2007, citado por Avolio et al., 2009).

Após a apresentação de algumas teorias sobre a liderança reconhece-se que a liderança é um processo complexo, ambíguo e interativo, onde todos os elementos referenciados, como as características do líder, os comportamentos adotados, a importância da situação e do contexto não podem ser relativizados. É essencial considerar que as novas abordagens sobre liderança devem ser integradoras das várias perspectivas e dos vários ambientes envolventes. Liderança não existe apenas porque há transações entre líderes e seguidores, liderança existe, porque há entre os líderes e seguidores transformações, transformações essas que podem e ocorrem em diferentes níveis. No âmbito deste trabalho, foi escolhida a teoria comportamental apresentada por Blake e Mouton, em 1964, para o estudo percepção da liderança dos enfermeiros chefes.

3 - OS ENFERMEIROS NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Dada a atual situação económica, social e política dos vários países a nível europeu, e em especial Portugal, têm sido impostas profundas mudanças consideradas fundamentais para a reestruturação de um país com necessidade de financiamento externo.

Tal como Rego e Nunes (2009) afirmam durante muito tempo houve um aumento contínuo das despesas de saúde e do esgotamento do sistema tradicional, sendo exigidas várias reformas ao nível da administração pública portuguesa, e dos serviços de saúde. Estas reformas traduzem-se na necessidade de se promover a adoção de modelos de gestão hospitalar com a finalidade de obter resultados mais eficazes e eficientes, sem hipotecar alguns princípios fundamentais, como a universalidade e a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

As reformas no setor da saúde surgem a vários níveis, e os seus efeitos poderão ser ambíguos. Tal facto alerta Maciel (2011, p.42) quando afirma que “os efeitos de uma reforma podem ser positivos ou negativos e influenciar o sentido ético do setor público, o espírito de equipa, a autonomia e estatuto profissional e ameaçar os valores partilhados pelos profissionais, ao colocar uma ênfase excessiva sobre os incentivos financeiros, ou criar rivalidades dentro das equipas”.

Neste contexto de reforma do setor da saúde, salienta-se a importância da gestão dos recursos humanos como fator contributivo para o sucesso/insucesso da organização. São os gestores de recursos humanos que “estão em posição de ajudar a gestão a escolher, alinhar e integrar medidas de eficácia baseados na missão, visão, valores e objectivos da organização” (Serrano & Fialho, 2003, p. 105). Todos os elementos da organização deverão estar reorganizados e focalizados na mesma direção, considerando sempre o futuro proposto para que as metas sejam alcançadas.

Seguindo estas linhas orientadoras também Carneiro (2009, p.15) analisa a importância dos recursos humanos para a organização quando refere que “gerir é ser capaz de utilizar os meios disponíveis para atingir os objetivos preconizados, gerir recursos humanos é saber utilizar as pessoas, rentabilizando as suas competências e compatibilizando os objectivos individuais com os objectivos organizacionais.”

No âmbito deste trabalho de investigação os principais recursos humanos a serem focados são os enfermeiros chefes, enquanto gestores de uma unidade de cuidados e líderes de uma equipa.. Estes são considerados o elemento de coesão entre a gestão de topo e a gestão operacional da organização pois espera-se que sejam capazes de planear, concretizar, dirigir e controlar todos os elementos com o intuito alcançar um objetivo comum. Dada a importância desta classe profissional para este estudo, será abordada de uma forma sucinta a evolução da carreira de enfermagem ao longo destes últimos anos, dando-se uma especial atenção à componente de gestão.

3.1 – EVOLUÇÃO DA CARREIRA DE ENFERMAGEM

Foram várias as mudanças que surgiram na carreira de enfermagem a partir da década de 1970. Destas salientamos três momentos fundamentais para o reconhecimento da enfermagem como grupo profissional, nomeadamente: a organização e desenvolvimento da carreira de enfermagem, a integração da formação em enfermagem no ensino superior, a constituição da Ordem dos Enfermeiros

Carvalho (2006) aborda três áreas distintas de mudança na enfermagem. Na primeira área, a autora identifica a evolução dos processos de trabalho e sua crescente especialização dos saberes profissionais e o aumento no número de novos membros que ingressam na profissão. Na segunda, a integração da formação em enfermagem no ensino superior e a possibilidade de acesso ao grau de licenciatura para todos os enfermeiros, mediante o preenchimento de determinadas condições. Nesta área deu-se um maior ênfase aos cuidados para a promoção da saúde e prevenção da doença, assim como, a gradual e crescente introdução de novas disciplinas quer no foro das ciências sociais, quer no foro da gestão e economia da saúde. Por fim, a terceira área de mudança surgiu a nível das organizações, onde se verificou um maior ênfase na dimensão da gestão e economia da saúde.

Foi a partir da década de 1970 que os enfermeiros viram consolidados a carreira profissional de enfermagem, juntamente com a carreira médica de saúde pública e a carreira médica hospitalar através do anúncio do Decreto-Lei nº 414/71, de 27 de Setembro. Dez anos mais tarde é publicado o diploma da Carreira de Enfermagem com o Decreto-Lei n.º 305/81, em 1981, que consagra uma única carreira para todos os enfermeiros, independentemente da área ou local de exercício. A partir daqui, a profissão de enfermagem é encarada como um meio de alcançar o

poder, o prestígio e a autonomia, pois este novo documento introduziu alguns aspetos relevantes, entre eles, a introdução da categoria de enfermeiro especialista, o conteúdo funcional das diferentes categorias (incluindo as competências do enfermeiro chefe) e a preconização de que os enfermeiros só podem ser avaliados por enfermeiros.

Em Portugal, é a partir da publicação do Decreto-Lei n.º 305/81, em 1981, que se consagram as funções de gestão para os enfermeiros. Neste Decreto-Lei são realçadas as funções de direção e chefia na carreira de enfermagem que visa uma estrutura hierárquica e de remuneração diferenciadas. Neste documento a carreira de enfermagem aplica-se a três áreas de atuação, a prestação de cuidados, a administração e a docência, desenvolvidos por cinco graus de carreira: ao grau 1 corresponde a categoria de enfermeiro; ao grau 2 a categoria de enfermeiro graduado e enfermeiro monitor; ao grau 3 a categoria de enfermeiro especialista, enfermeiro-chefe e enfermeiro assistente; ao grau 4 a categoria de enfermeiro supervisor e enfermeiro professor; e por fim, ao grau 5 a categoria de técnico de enfermagem.

Este decreto foi revogado pelo Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro e posteriormente alterado para o Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro, introduzindo alterações significativas na carreira. De acordo com o Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de novembro, a carreira de enfermagem aplica-se a três áreas de atuação, respetivamente à prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica, podendo os enfermeiros exercer funções em quatro níveis: no nível 1, em que se insere a categoria de enfermeiro e enfermeiro graduado; no nível 2 que integra as categorias de enfermeiro especialista e de enfermeiro-chefe; no nível 3 onde se integram as categorias de enfermeiro-supervisor e de assessor técnico-regional de enfermagem e no nível 4 que engloba a categoria de assessor técnico de enfermagem.

Assim, na estrutura da organização de saúde os níveis de gestão em enfermagem distribuíam-se por três níveis: institucional - cargo desempenhado pelo Enfermeiro-diretor (cargo em comissão de serviço por nomeação, pertencendo ao Conselho de Administração do Hospital); intermédio – posto ocupado pelo Enfermeiro Supervisor; e operacional – lugar ocupado pelo Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Especialista (Melo, 2011).

Tendo por base o nº1 do artigo 8º, Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, onde se enuncia o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro chefe, compete a este enfermeiro, a nível de uma unidade de cuidados, a gestão de recursos materiais, a gestão de cuidados de enfermagem, a gestão da formação e a gestão de recursos humanos, que deve entre outros:

- Integrar órgãos de gestão das unidades de cuidados;
- Incrementar métodos e promover ações de trabalho que favoreçam um melhor desempenho dos enfermeiros, responsabilizando-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à sua respetiva avaliação;
- Promover e colaborar na definição de normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem;
- Participar na elaboração do plano e do relatório anual, referente às atividades de enfermagem;
- Determinar as necessidades de pessoal de enfermagem, propondo um nível e tipo de qualificações em função dos cuidados de enfermagem a prestar;
- Participar na determinação e escolha de recursos materiais e de equipamento, assim como custos e benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem, otimizando os recursos utilizados;
- Favorecer as relações interpessoais na equipa de enfermagem e restante pessoal;
- Avaliar o pessoal de enfermagem e colaborar na avaliação de outro pessoal;
- Promover e divulgar informação/formação com interesse para o pessoal de enfermagem;
- Incrementar a elaboração de trabalhos de investigação na área da enfermagem, utilizando os seus resultados na melhoria da gestão do serviço de enfermagem da unidade de cuidados;
- Colaborar com os estabelecimentos de ensino, relativamente à formação básica e pós-básica dos enfermeiros.

Este Decreto-Lei foi um ponto de partida para a definição do conteúdo funcional de todos os enfermeiros, clarificando e regulamentando as suas áreas de atuação, no entanto, somente a partir de Setembro de 1996, é que surge a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), plasmado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Este novo documento foi de extrema importância para o exercício profissional dos enfermeiros pois

“veio regulamentar a profissão, clarificando conceitos, intervenções e funções bem como as regras básicas relacionadas com os direitos e deveres dos enfermeiros. (...) a publicação do REPE apresenta

intervenções autónomas (prescritas pelo enfermeiro, realizadas sob única e livre responsabilidade do enfermeiro que, naturalmente, decorrem de um diagnóstico de enfermagem) e as interdependentes (desenvolvidas em colaboração com outros profissionais de saúde, no sentido de prescrição, planos de acção conjunta ou protocolos)” (Nunes, 2003, p.340).

A publicação do REPE e a criação da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, que validam o Código Deontológico, que enunciam os deveres de todos os enfermeiros, em exercício público, privado ou liberal, tornaram-se a consagração máxima de autonomia da profissão. No preâmbulo do referido artigo, afirma-se que “os enfermeiros constituem actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem” (p.1739). Mais acrescenta o artigo, ao referir que a criação da Ordem dos Enfermeiros responde

“a um imperativo da sociedade portuguesa de ver instituída uma associação profissional de direito público, que, em Portugal, promova a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem” (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, p.1739).

Posteriormente, e de acordo com o Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro, a carreira especial de enfermagem passou a estruturar-se em apenas duas categorias: enfermeiro e enfermeiro principal, onde o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal além de englobar as funções inerentes à categoria de enfermeiro é sempre integrado na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde. Assim, de acordo com o Artigo 10º, nº1 do Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal engloba:

- Planear e incrementar ações e métodos de trabalho que promovam a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição de indicadores e meios de avaliação;
- Promover e atualizar a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Exercer funções de assessoria ou consultadoria, em projetos ou programas e exercer funções executivas, designadamente integrar órgãos de gestão, e participar nos processos de contratualização inerentes ao serviço ou unidades;

- Coordenar funcionalmente enfermeiros, em função da organização de trabalho e gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a identificação das necessidades de recursos humanos e de recursos materiais;
- Colaborar com os estabelecimentos de ensino, relativamente ao processo de desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem;
- Assegurar a informação/ formação contínua dos enfermeiros da organização em que exerce atividade;
- Garantir a gestão e prestação de cuidados de enfermagem;
- Apoiar o enfermeiro-diretor, designadamente, na admissão, distribuição e mobilidade dos enfermeiros, assim como na avaliação da qualidade dos cuidados, na definição e regulação de condições de prioridades para projetos de investigação e na definição e avaliação de protocolos e políticas formativas;
- Elaborar o plano de ação e relatório anual referentes às atividades de enfermagem.

Seguindo o nº1 e nº2 do artigo 18º, do Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro (p.6764) “os trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem podem exercer funções de direção e chefia na organização do serviço Nacional de Saúde, desde que sejam titulares da categoria de enfermeiro principal ou se encontrem nas categorias que, por diploma próprio, venham a ser consideradas subsistentes, desde que cumpram as condições de admissão à categoria de enfermeiro principal. Constituem critérios cumulativos de nomeação: a) Competências demonstradas no exercício de funções de coordenação e gestão de equipas; b) Mínimo de 10 anos de experiência efetiva no exercício da profissão; c) Formação em gestão e administração de serviços de saúde”. Verifica-se a supressão da categoria de enfermeiro chefe (de carácter permanente) para enfermeiro principal, onde o lugar de chefia apenas surge por nomeação pelo órgão de administração, sob proposta da comissão de enfermagem, em comissão de serviço, com durabilidade de três anos, renovável por iguais períodos.

Das cinco categorias existentes na carreira de enfermagem anterior ao Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro, passaram a existir apenas duas: enfermeiro e enfermeiro principal. Não obstante, tendo por base a o Decreto-Lei n.º122/2010 de 11 de novembro a categoria de enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor subsistem, mantendo o conteúdo funcional previsto no Decreto-Lei n.º437/91 de 8 de Novembro. Os enfermeiros subsistentes da categoria de enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor detêm, de acordo com a legislação, apenas funções de

gestão. Para a realização deste estudo, e porque a transição para a nova carreira ainda é recente, têm-se por base as categorias propostas pelo Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de novembro.

Depois de se ter analisado a evolução da carreira de enfermagem, importa agora relacionar o papel dos enfermeiros, em especial os enfermeiros chefes, no conteúdo da liderança, ou seja, conhecer de que forma os enfermeiros chefes conseguem exercer influenciam sobre os seus subordinados, destacando as principais características de um líder em enfermagem.

4 – A LIDERANÇA NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM

Após se ter abordado a importância da liderança e a evolução da carreira de enfermagem, com maior incidência sobre a área da gestão dos cuidados, na categoria de enfermeiro chefe e de enfermeiro principal, importa salientar qual o papel dos líderes em enfermagem no exercício da liderança enquanto elemento que influencia as ações dos outros para o alcançar de determinados objetivos. Neste sentido, aceitando que o enfermeiro chefe será sempre o líder de uma equipa, composta por diferentes pessoas, com formações a vários níveis, que estabelecem entre si relações interpessoais de cariz profissional, no sentido da prestação de cuidados de saúde de qualidade, considera-se o enfermeiro chefe como elemento principal de uma equipa, contribuindo em muito para o sucesso de uma organização.

Junqueira (2006, p.17) afirma que “a saúde das organizações depende, grandemente, do seu capital humano, um dos seus maiores desafios é, de facto, conseguir equipas de enfermagem decididas, confiantes e intimamente comprometidas no alcance dos objectivos propostos. Para isso, é fundamental motivá-las utilizando simultaneamente capacidades relacionais e conhecimentos técnicos” e aquele que possui competências científicas, técnicas e humanas para gerir uma unidade de saúde e a equipa de enfermagem é o enfermeiro chefe, que segundo Maciel (2011, p.42) é “o elemento de coesão que centraliza o objetivo comum, tem como funções articular as potencialidades do grupo, controlar e exercer autoridade e formar os seus sucessores. A eficácia do poder dependerá dos objetivos, dos recursos disponíveis e das circunstâncias em que se desenvolve”.

Neste contexto torna-se pertinente salientar a importância que o enfermeiro chefe tem enquanto figura central da liderança. O enfermeiro chefe, enquanto líder de uma equipa, deve ser capaz de lidar com os recursos humanos, assim como, deve estar na vanguarda dos novos conhecimentos técnicos e científicos, correspondendo simultaneamente às expectativas dos seus pares, dos seus subordinados e dos seus superiores hierárquicos. Alguns autores como Carneiro (2009) e Assis (2010) vão ao encontro destas ideias, ao aceitarem que sendo o enfermeiro chefe a pessoa com maior responsabilidade em termos de gestão de recursos materiais e gestão de recursos humanos cabe-lhe como função gerir vários aspetos, entre eles o funcionamento do serviço, a

produtividade, a satisfação e a motivação dos seus subordinados e esses aspetos dependem da postura e das atitudes enquanto chefe.

O enfermeiro chefe, enquanto gestor de uma unidade de cuidados e líder de uma equipa de trabalho terá, de articular e integrar as diferentes políticas sociais e de saúde, refletindo no exercício da sua liderança a filosofia, a política de recursos humanos e a proposta de trabalho das organizações (Maciel, 2011).

Além destas características, o enfermeiro gestor tem muitas vezes de exercer um difícil trabalho, pois muitas vezes tem de gerir vários confrontos em si próprio e em seu redor. Tais aspetos são evidenciados por Hesbeen (2001) quando salienta o gestor como tendo capacidades de controlar as suas expectativas pessoais, com a pressão exercida pela sua equipa de trabalho, pelos seus superiores hierárquicos e com as suas próprias convicções. Acrescenta ainda que “a missão principal do chefe é a de dar atenção ao pessoal do seu serviço, a fim de lhe oferecer as melhores condições possíveis para exercer a profissão, desenvolvê-la e nela encontrar satisfação” (Hesbeen, 2001, p. 87), ou seja, a principal missão do chefe é interessar-se pelos demais colaboradores, tornando-lhe mais fácil o exercício da profissão.

No mesmo sentido está Assis (2010) quando refere que muitas das atenções do enfermeiro chefe estão direcionadas para os seus profissionais de saúde, para o meio onde exercem a prestação de cuidados e para a qualidade desses cuidados prestados mais do que para os clientes e seus familiares.

Também Fradique e Mendes (2013, p. 48) salientam que o enfermeiro chefe deve “garantir a qualidade dos cuidados que são prestados no seu serviço, devendo motivar e alertar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, estando atenta às necessidades do utente para que os cuidados de enfermagem recebidos sejam de qualidade, garantindo a sua satisfação”. Assim, o enfermeiro chefe tem um lugar de destaque no seio da sua equipa de trabalho, sobretudo ao proporcionar aos outros, seus subordinados, as condições essenciais para a prestação de cuidados.

De acordo com a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGL)¹ (2009) “os enfermeiros da área de gestão constituem uma estrutura fundamental para a garantia dos cuidados de saúde prestados á população”. Mais ainda acrescentam que “esses actores assumem

¹ - <http://www.apegel.org/>

um papel particularmente importante na garantia de funcionamento, gestão de Recursos Humanos, logística, gestão de cuidados e condições ambientais indispensáveis para o regular funcionamento de qualquer unidade ou estabelecimento de prestação de cuidados de saúde” (APEGL, 2009).

Seguindo estas linhas orientadoras encontra-se Carneiro (2009) quando refere que as práticas de liderança, a qualidade da comunicação, o relacionamento interpessoal e algumas variáveis ao nível de equipa são centrais para o desempenho, envolvimento, satisfação e realização do trabalho. Quem se encontra no centro da liderança, aquele que supervisiona e dirige a equipa de enfermagem é o enfermeiro chefe que, tem por isso, competências técnicas (saber fazer), cognitivas (saber saber) e relacionais (saber ser e saber estar) que os diferenciam enquanto líderes de enfermagem (Nunes, 2003; Junqueira, 2006; Carneiro, 2009; Motta, Munari & Costa, 2009).

Ao analisar as principais características que o líder tem enquanto elemento de união e coesão, com maior responsabilidade na gestão dos recursos humanos e gestão dos recursos materiais, numa organização de saúde, sobressai como sendo um dinamizador de uma equipa de trabalho, e como tal tem que manter sempre elevados os níveis de motivação, satisfação e produtividade da sua equipa. Beccaria e Fávero (2000, p.87) salientam que o enfermeiro chefe deve “manter um vínculo inseparável entre as necessidades de produção e as das pessoas, com participação ativa de todos, envolvimento e comprometimento com padrões de excelência e com forte espírito de trabalho em equipe”.

Este pressuposto exige que o mesmo se mantenha atualizado face ao conhecimento emergente nas diferentes áreas, ou seja, deve conhecer os recursos materiais mais atualizados/adequados para a prestação de cuidados de qualidade no serviço que lidera, integrar os novos conhecimentos científicos no domínio da prática de cuidados mas também da liderança em cuidados de saúde. Maciel (2011) salienta a importância da função de gestão de um serviço de enfermagem como sendo algo complexo, implicando que se conjuguem diferentes necessidades, as dos clientes e de toda a equipa, com diferentes conhecimentos. No entanto, a eficácia da função de gestão depende dos objetivos propostos, dos recursos disponíveis e de todas as circunstâncias envolventes.

Para o sucesso do enfermeiro gestor, ou do enfermeiro chefe, enquanto dirigente e motivador da equipa de enfermagem, Carneiro (2009) identifica o tipo de liderança, a comunicação, a formação

e a avaliação de desempenho como excelentes técnicas de desempenho. O exercício de liderança reflete a filosofia, a política de pessoal e as propostas de trabalho das organizações de saúde.

Também Nunes (2006, p.11) refere que “a principal responsabilidade do enfermeiro chefe é responder pela qualidade dos cuidados de enfermagem no seu serviço. E promover o desenvolvimento de competências dos profissionais, orientar o seu desempenho, são meios para essa finalidade, que é a melhoria de qualidade de cuidados”. No sentido de promover a melhoria de qualidade dos cuidados, garantindo a eficácia das atuais mudanças, Assis (2010) salienta a contribuição que o enfermeiro gestor deverá ter no sentido de rentabilizar as competências dos seus subordinados. Canastra e Ferreira (2012, p.77) são da mesma opinião e indicam que ao “enfermeiro chefe não basta ser gestor, tem que ser líder se quiser implementar mudanças e conseguir a satisfação dos seus profissionais, através do desenvolvimento do potencial de cada um estando devidamente preparados para ajudar na criação de novas políticas de saúde”.

Outro aspeto a realçar é o enfermeiro chefe enquanto elemento prestador de contas para os seus superiores hierárquicos, na responsabilização da implementação e integração das diferentes políticas de saúde. “O gestor tem um caráter articulador e integrativo, na medida em que a ação de gerir é determinada e determinante do processo de organização de serviços de saúde e fundamenta-se na efetivação de políticas sociais e de saúde” (Maciel, 2011, p. 35). A principal função do chefe não é só gerir, pelo simples facto de gerir, ele gere num contexto de organização de saúde, visando por um lado a melhoria da prestação de cuidados e por outro, a lógica de gestão da instituição de saúde, no sentido de adequação das exigências de redução de custos. O enfermeiro gestor articula-se com vários pontos de pressão, por uma lado a organização, a sociedade civil por prestação de serviço e as expectativas dos outros enfermeiros (Motta et al., 2009). Ainda é de acrescentar que muitas vezes surge um confronto das suas expectativas e convicções pessoais, com a pressão exercida pela equipa de trabalho e pelos seus superiores hierárquicos.

O estilo de liderança, ou seja, o padrão comportamental que o líder manifesta quando procura influenciar os outros na execução de determinadas tarefas, deve estar de acordo com os seus recursos humanos, pois somente com a interação e integração de todos os elementos da equipa se torna possível alcançar os objetivos propostos para a mudança. Neste sentido, os enfermeiros chefes podem ser facilitadores das mudanças inevitáveis que se encontram a decorrer nas organizações de saúde, pois muitos deles têm um perfil orientado para a liderança e para a

gestão, com uma grande capacidade de adaptação às mudanças, visando influenciar a equipa de trabalho na prossecução dos objetivos da instituição (Alves, Ribeiro & Campos, 2010).

Nesta perspetiva tem-se vindo a mudar as expectativas em relação aos enfermeiros com funções de gestão pois cada vez mais, se espera que os enfermeiros sejam líderes, com capacidade crítica e reflexiva, assim como sejam criativos, para conseguirem impor as mudanças necessárias e sejam seguros nos momentos decisivos (Amestoy et al., 2009a). Com a empresarialização das instituições hospitalares iniciou-se um processo de adesão a uma nova cultura organizacional, mais flexível, baseada na negociação, na redução de custos, na qualidade total e no crescimento profissional dos seus colaboradores.

O enfermeiro, no exercício da sua liderança deve estar em constante adaptação às novas exigências da sociedade. As características que hoje se podem definir como as ideais para um líder em enfermagem, poderão não ser as mesmas num futuro próximo, e nesse sentido, o enfermeiro, enquanto líder, deve estar a “aperfeiçoar-se continuamente, aliando conhecimento técnico-científico e habilidades pessoais para liderar, correspondendo às expectativas da organização e da equipa, proporcionando uma prática mais crítica, reflexiva e participativa” (Alves et al., 2010, p.53). Nesta perspetiva, os enfermeiros encontram-se em fase de adaptação, procurando novas formas de gestão e novas formas a responder aos novos desafios da sociedade, promovendo a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A mesma opinião é partilhada por Amestoy et al. (2009a) aquando do seu estudo, em que procurou identificar as características que interferem na construção do enfermeiro líder. Nesse trabalho, os autores concluíram que os líderes em enfermagem não nascem líderes, são produto da sua formação, quer como profissionais, quer como seres humanos, no entanto, existem algumas características, que podem ser aprendidas e desenvolvidas, que são facilitadoras para alcançar o sucesso, entre elas, ser credível, saber comunicar, ser responsável, estar envolvido ou comprometido, ter autoconhecimentos, bom senso e bom humor. Também Menezes (2010) e Canastra e Ferreira (2012) são da mesma opinião, afirmando que ser líder não é uma tarefa fácil, é algo complexo e requer um treino contínuo, tendo que se utilizar estratégias para fortalecer a gestão e a governação, exigindo autodisciplina e disponibilidade.

Apesar das características dos líderes serem voláteis, resultado da interação do seu carácter e personalidade com o meio envolvente e com os outros, alguns autores como Hesbeen (2001), Junqueira (2006), Amestoy et al. (2009a) e Canastra e Ferreira (2012) enunciam algumas que

consideram ser essenciais num líder de enfermagem. Assim, com base nas características propostas por Canastra e Ferreira (2012), defende-se que os líderes em enfermagem devem ter:

- Visão estratégica: ter uma visão clara do futuro e das potenciais oportunidades. Estar focalizado no futuro e nas medidas para alcançar esse futuro. Ter uma estratégia delineada para se alcançar a visão proposta.
- Consciencialização externa: conhecer de que forma os fatores externos, políticos, económicos e sociais podem afetar a organização e o futuro e utilizar essas informações para o planeamento, políticas e decisões. Estar a par das leis políticas e das prioridades superiormente estabelecidas.
- Orientação para o cliente: centrar as atenções no cliente com vista a proporcionar uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.
- Aptidão política: compreender, gerindo os objetivos e comportamentos distintos, que por vezes são contraditórios. Procurar e envolver a melhor combinação de talentos no pessoal em seu redor, para alcançar os objetivos mais facilmente.
- Política: compreender o processo e o meio político. Funcionar de forma eficaz e construtiva com os media, facilitando desta forma o desenvolvimento de estratégias eficazes.
- Motivação: demonstrar empenho e energia no trabalho no sentido de promover a partilha de visão e objetivos delineados.
- Transmitir/inspirar confiança: acreditar naquilo que faz, pois somente desta forma se consegue entusiasmar os outros para a partilha de objetivos.
- Influência e negociação: ajudar a mudar pensamentos e comportamentos, através de técnicas de negociação, persuasão, autoridade ou outros. Dominar o conhecimento e proporcionar informação, com segurança, para esclarecer os enfermeiros e desta forma, eles possam adotar comportamentos favoráveis para se alcançarem os objetivos propostos.
- Pensamento criativo: ter visão, desenvolver estratégias e soluções de forma a colmatar as necessidades existentes. Pode e deve-se ser inovador, incentivando os outros a inovar e aceitar a inovação.

- Relações interpessoais: ter empatia e ajudar os outros a desenvolver um auto conceito positivo, evitando julgamentos e comentários que possam ser depreciativos. Proporcionar uma comunicação aberta, motivando os outros para níveis de desenvolvimento mais elevados. Relacionar-se com todos os enfermeiros.
- Formação de equipas: promover o trabalho de equipa definindo claramente objetivos e estratégias, partilhando informação e promoção de práticas de trabalho cooperativas.
- Rede de parcerias, alianças: construir e desenvolver alianças e coligações relevantes, com parceiros relevantes para o desenvolvimento, interagindo de forma proactiva com ideias, resultados, partilha e transmissão de resultados de forma a influenciar positivamente as decisões políticas.
- Comunicação: utilizar métodos de comunicação variados e que possam ser ajustados consoante o feedback. Ser aberto ao diálogo, às críticas e sugestões, envolvendo todo o grupo. Utilizar a comunicação de forma assertiva.
- Auto-orientação: conhecer os seus pontos fortes e as suas fraquezas, utilizando-os de forma construtiva, no sentido de ter uma visão clara e objetivos concretos, sabendo gerir o stress. Ter bom senso na forma de liderar. Cumprir prazos e objetivos propostos.
- Poder de decisão: decidir após considerar todos os fatores relevantes, sem ter receio de adotar decisões difíceis e de correr riscos, quando necessário.
- Resolução de problemas: reconhecer e aceitar os problemas, analisando as diferentes opções e soluções. Considerando toda a informação pertinente, incluindo vantagens, custos e outros fatores decisivos, sem nunca perder de vista as recomendações apropriadas à situação.
- Análise e mudança: ser proactivo na análise, monitorizar e avaliar. Responder às pressões e objetivos à medida que surgem, sendo capaz de gerir a mudança de forma efetiva, transformando os problemas em oportunidades. Ter a capacidade de influenciar todos os aspetos relevantes da organização, desde a qualidade, sistema de informação, entre outros.

As características acima identificadas, segundo Canastra e Ferreira (2012, p. 81) “encaminham-nos para um modelo de liderança que sublinha o empoderamento das pessoas em redor do líder,

conduzindo-as em vez de dar ordens a partir do topo, desenvolvendo-as e proporcionando-lhes visão e apoio. Estes irão demonstrar uma atitude positiva que se reflecte no seu desempenho”.

O enfermeiro chefe deve assim ser um líder mais flexível, dinâmico e orientador, menos ditador de normas e procedimentos, menos controlador. A liderança em enfermagem não deve ser considerada como um dado adquirido ao se ser chefe, pois “a liderança transcende cargos ou posições formais e não carece de institucionalização (Junqueira, 2006, p.23). Assim, a liderança em enfermagem não é característica do enfermeiro chefe, pois “somente o seu comportamento determina se ocupa ou não uma posição de liderança” (Marquis & Huston, 2005, p.29).

A missão fundamental do chefe pode ser traduzida em inúmeras ações que segundo Hesbeen (2001) são: promover um ambiente humanizado, com responsabilização permanente; organizar o serviço, proporcionando à equipa um sentimento de segurança; comunicar, sabendo partilhar e ouvir sem persuadir; desenvolver a atividade do serviço através da atualização de conhecimentos; reunir para deliberar; e formar a sua equipa com a perspectiva do cuidar.

A comunicação é uma ferramenta importante para os líderes de enfermagem. Assis (2010, p.41) admite “que a comunicação seja um recurso que garante o sucesso da liderança, uma vez que permite ao enfermeiro gestor desempenhar as suas tarefas através da inter-relação que se estabelece entre a equipa, o cliente e a organização, no intuito de obter a maximização dos cuidados prestados”.

Tal como já foi abordado, o enfermeiro chefe é a figura central no processo de liderança em enfermagem, no entanto não nos podemos esquecer que para haver liderança têm de existir os seguidores, os enfermeiros subordinados. Não há líder se não houver quem os ouça e quem os siga na mesma direção. Quando ambos se encontram focados na mesma direção evoluem na prossecução dos objetivos preconizados. Tal opinião é apresentada por Simões e Fávero (2003) ao referirem que atualmente o papel dos seguidores é tão importante como o papel do próprio líder, onde a liderança é marcada pelo fortalecimento do grupo de trabalho, valorizando e salientando as competências individuais, diluindo o poder na equipa, fazendo com que cada membro reconheça o seu papel e o significado do seu trabalho. O novo líder confia nos seus seguidores, incentiva-os para a ação, converte-os em líderes, tornando-os agentes de mudança.

Perante isto, e tal como Canastra e Ferreira (2012, p.80) concluem, os líderes do futuro são “aqueles capazes de: reconhecer o papel importante dos seguidores; dar foco á motivação dos seguidores e inspiram-nos a partilhar a visão; criar e comunicar uma visão partilhada; promover e

iniciar a mudança; formar parcerias; conseguir um equilíbrio valorizando a diversidade; e gerir a informação e a tecnologia”. A mesma opinião é partilhada por outros autores, como Carneiro (2009) e Menezes (2010) ao referir o líder da equipa de enfermagem como alguém conhecedor dos diferentes elementos da sua equipa, motivando-os para que se sintam confiantes e implicados nos objetivos e nas decisões, elogiando-os e punindo-os, regulando e catalisando o processo comunicacional, exercendo um estilo de liderança situacional; simultaneamente este líder, também gestor, tem de planear, organizar, dirigir, e controlar, no sentido de impulsionar para o fundamental da liderança, ou seja, promover a eficácia e eficiência dos cuidados de saúde em enfermagem.

O conhecimento dos líderes relativamente aos liderados é um agente facilitador do exercício de liderança. Por outro lado, a perceção dos liderados relativamente à sua liderança proporciona benefícios neste mesmo contexto, pois as partes envolvidas (líderes e seguidores) trabalham em conjunto, no sentido de alcançar os objetivos propostos, que integrem as diferentes políticas de saúde. Afonso (2009, p. 107) acredita que “nos grupos onde é maior o consenso na perceção de liderança, existe um maior empenhamento dos indivíduos nas tarefas organizacionais e, simultaneamente, vivenciam estados emocionais baixos”.

Assim, e atendendo à flexibilidade exigida pelo contexto atual, com necessidade de constantes adaptações das suas atividades a cada situação, o estilo de liderança a adotar depende das vivências pessoais e das características individuais de cada líder. O estilo de liderança que o chefe adota não é estático, no entanto, e tal como Dias (2013) salienta, apesar do líder poder apresentar diferentes estilos, haverá sempre um que prevalecerá sobre os outros. Um dos desafios que se coloca ao enfermeiro chefe no exercício da liderança é que não existe um estilo único que seja melhor, existem sim, vários estilos de liderança para situações e pessoas também diferentes que são primordiais para a eficácia da liderança. Balsanelli e Cunha (2006) demonstraram, mediante o levantamento bibliográfico sobre liderança no contexto da enfermagem, em Espanha e Portugal, que nos últimos 20 anos, demonstraram não há um estilo de liderança predominante nos estudos pesquisados, pois em todos eles há grande variedade de equipas e de situações.

Seguindo a linha de pensamento de que há a prevalência de um estilo de gestão, alguns autores como Carvalho (2006; 2009), e Melo (2011) expõem alguns estudos realizados sobre os enfermeiros gestores, no sentido de encontrar o estilo de gestão que melhor se adequa aos enfermeiros. Todos esses autores analisam experiência análise empírica desenvolvida por

Mintzberg (1994) que ao acompanhar o dia-a-dia de uma enfermeira gestora identifica que o estilo de gestão que melhor se enquadra com uma enfermeira gestora é o modelo de gestão artesanal, em que a enfermeira tem de simultaneamente desenvolver vários papéis característicos de um gestor, no entanto desenvolve-os como se de um papel único se tratasse. Além das atividades de coordenação, tem também responsabilidades administrativas e atividades relacionadas com a liderança, salientando atividades de fazer, comunicar e controlar (Carvalho, 2006, 2009; Melo, 2011).

Estudos como o de Manfredi (1996) sobre enfermeiras gestoras provou que estas ocupam grande parte do seu tempo em algumas áreas específicas: por um lado, na identificação de possíveis áreas de mudanças, com a planificação dos objetivos para a sua implementação e concretização, motivando os outros enfermeiros a aceitar e apoiar as mesmas; por outro lado, na identificação e incentivo na mudança de comportamentos e atitudes; e por fim, no incentivo ao desenvolvimento pessoal e profissional de todos os enfermeiros (citado por Carvalho, 2006; 2009).

São vários os estudos na área de enfermagem que têm como objetivo identificar o estilo de liderança apresentado pelo líder. Lourenço e Trevizan (2002) na tentativa de saberem qual o estilo de liderança principal e secundário, dos enfermeiros líderes, identificaram que 95% dos enfermeiros líderes inquiridos apresentaram como principal estilo “persuadir”, onde há uma maior relevância na concretização da tarefa e pouca relevância no relacionamento com os outros. Como estilo de liderança secundário 55% dos enfermeiros líderes inquiridos, apresentaram um estilo “compartilhar” dando pouca ênfase na execução das tarefas e uma grande ênfase no relacionamento. Da investigação realizada, os autores concluem que os enfermeiros líderes objecto de estudo apresentam facilidade de trabalho com elementos com níveis de maturidade médios e dificuldade com elementos de níveis de maturidade baixos (em que é preciso determinar) e níveis de maturidade muito elevados (pois apresentam dificuldades em delegar).

Outro estudo apresentado por Higa e Trevizan (2005) concluem relativamente ao estilo de liderança idealizado pelos enfermeiros que o estilo comportamental está diretamente relacionado com o contexto em que se insere. Nesse trabalho, e com base na Teoria Grid, os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros são o estilo 9,9 em que o líder tem orientação máxima para a produção e para as pessoas; seguido do estilo 5,5, em que há uma orientação mediana para a produção e para as pessoas; e por fim o estilo 1,9 em que há uma orientação mínima para a produção e máxima para as pessoas.

Também Cummings e os seus colegas (2010) ao analisarem os estilos de liderança em enfermagem e as suas consequências em contexto de trabalho, detetaram que uma parte significativa dos estudos realizados dão uma maior ênfase aos enfermeiros líderes com um estilo de liderança mais direccionado para as pessoas e para o relacionamento. Salientam também que aqueles que demonstram um estilo de liderança com maior enfoque nas tarefas estariam associados a uma menor satisfação no trabalho dos enfermeiros. Assim, os autores concluem que as organizações e os seus indivíduos têm de desenvolver uma liderança transformacional e relacional, que consideram ser essenciais para a satisfação dos enfermeiros em ambientes de trabalho saudáveis (Cummings et al, 2010).

Numa outra vertente, no trabalho desenvolvido por Junqueira (2006, p.171) em que procurou determinar qual o estilo de liderança do enfermeiro-chefe que permite obter níveis de motivação elevados dos seus subordinados, a autora conclui que

“reconhecer e motivar os subordinados parecem constituir as tarefas chave para o sucesso do enfermeiro chefe enquanto líder. Estas obrigam à utilização de um estilo de liderança proporcionador de oportunidades e encorajador da participação dos enfermeiros subordinados na formulação dos objectivos do serviço e até do próprio hospital. Este novo perfil de enfermeiro chefe afirma-se ainda pela preocupação de aconselhar, direccionar, definir objectivos e apoiar na sua prossecução, salvaguardando (...) o seu trabalho com independência e autonomia.”

O trabalho desenvolvido por Gonçalves (2008) conclui que o tipo de liderança mais percebido pelos enfermeiros gestores é a liderança transformacional, caracterizada pelo autor como o estilo de liderança que traduz que o líder é mais eficaz, pois é o estilo em que os “funcionários tendem a relatar maiores níveis de esforço e comprometimento relativamente aos objetivos estabelecidos” (Gonçalves, 2008, p.102).

Também Alves et al. (2010) ao identificarem o estilo de liderança que os enfermeiros chefes e os enfermeiros especialistas evidenciam na gestão dos serviços hospitalares, concluem que consoante aumenta a idade, o tempo de serviço e o tempo de chefia, os enfermeiros tendem a apresentar uma liderança mais orientada para o relacionamento. Acrescentam que, os enfermeiros objeto de estudo se preocupam mais com a realização da tarefa em situações muito favoráveis e mais com as relações interpessoais em situações menos favoráveis, o que leva a crer que estes enfermeiros líderes são mais eficazes e se diferenciam melhor no domínio das relações interpessoais.

Pela análise apresentada anteriormente constata-se que o conhecimento que se tem sobre os enfermeiros e, em particular sobre os enfermeiros chefes, enquanto líderes em enfermagem, é importante para a compreensão do processo de liderança, pois ambos são peças estruturais para que as organizações hospitalares alcancem o êxito.

**CAPÍTULO II -
ESTUDO EMPIRICO**

1 - METODOLOGIA

Neste capítulo apresenta-se a metodologia utilizada para a concretização deste trabalho de investigação, tendo em atenção que o principal objetivo para este estudo é conhecer o estilo de liderança dos enfermeiros chefes, percecionado pelos enfermeiros subordinados e saber se existe concordância com o estilo de liderança que gostariam que o seu líder possuísse, o estilo de liderança desejado.

Para Gauthier (2003, p.22) a metodologia “é o acto da observação que está ligado a um ciclo de teorização. É a confrontação de ideias, saídas tanto da experiência e da imaginação, com os dados concretos, derivados da observação, com vista a confirmar, a alterar ou a rejeitar estas ideias de partida”. É nesta fase que se procuram solucionar os problemas detetados, definindo os diversos meios que poderão ajudar a orientar o investigador nas escolhas que faz, para alcançar a compreensão e a previsão os fenómenos.

Nesta fase do trabalho de investigação, entende-se e salienta-se a pertinência da temática sobre liderança, o enfermeiro chefe enquanto líder de uma equipa de trabalho deve ser a pessoa capaz de reunir todos os enfermeiros e envolvê-los no sentido de alcançarem com maior facilidade objetivos comuns, quer para o seu serviço, quer para a organização hospitalar. Tais ideais são apoiadas por Souza et al (2013, p.283) quando afirma que “através da liderança o enfermeiro tenta conciliar os objetivos organizacionais com os objetivos do grupo da enfermagem, buscando aprimoramento da prática profissional e principalmente o alcance de uma assistência de enfermagem adequada”.

Compreender como a liderança se encontra percecionada poderá ser uma agente facilitador na participação de todos os *stakeholders*, envolvendo-os e responsabilizando-os no sentido de promover a melhoria dos cuidados de saúde prestados. Rego e Nunes (2009, p.18) ao aceitarem que “a melhoria da prestação de cuidados de saúde envolve medidas que passam necessariamente pelo combate ao desperdício, pelo aumento de eficiência, pelo incremento da eficácia administrativa, e pela responsabilização dos vários agentes envolvidos” acreditam que a liderança tem um papel fundamental na persecução dos objetivos impostos.

Ao aprofundar esta temática e aceitando que todos os agentes envolvidos são importantes, facilitadores da implementação de medidas estruturadoras para melhorar o atual sistema de saúde é desejável que exista uma convergência entre a liderança percebida e a liderança idealizada, pois isso é um fator facilitador da implementação e integração de diferentes políticas sociais e de saúde. Ribeiro et al. (2006) salientam que o enfermeiro enquanto líder de uma equipa, depende fortemente dos seus colaboradores, e o seu sucesso é influenciado pelas características/estilo de liderança que exerce. Acrescentam ainda que, o estilo de liderança exercido irá influenciar os enfermeiros a atingirem com maior facilidade os objetivos traçados e a aceitarem facilmente a mudança.

Este estudo poderá contribuir em termos teóricos, para o avanço do conhecimento sobre a percepção de liderança nas organizações de saúde, quer em termos práticos, de aplicabilidade dos resultados, no sentido de dar a conhecer aos líderes de enfermagem o que os subordinados esperam de si, pois acredita-se que um maior consenso na percepção de liderança traduz-se num maior empenhamento para a concretização das tarefas organizacionais.

1.1 – PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Em qualquer trabalho de investigação é pertinente clarificar qual o problema de investigação que constitui o ponto de partida do estudo. Neste sentido, e partilhando a opinião de Gauthier (2003, p.66) “há um problema quando sentimos a necessidade de preencher o desvio entre uma situação de partida insatisfatória e uma situação de chegada desejável”. Para Bento (2011, p.20) um problema de investigação “pode ser tudo o que uma pessoa encontra como não satisfatório ou ajustado, uma dificuldade de qualquer espécie, uma ordem de coisas que precisa de ser mudada, qualquer coisa que não está a funcionar como deveria”.

Para este estudo, surgiu uma situação, um problema que promoveu o desconforto e fez suscitar dúvidas, tornando-se o ponto de partida para a procura de respostas que ajudem a esclarecer essas dúvidas e promovam o conhecimento sobre algo. O interesse, por esta problemática/temática resulta da experiência pessoal da investigadora e na observação da realidade, enquanto enfermeira subordinada, em contexto hospitalar. Assim, a problemática desta investigação centra-se na dificuldade em compreender se existem diferenças na percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe e o estilo de liderança idealizado pelos subordinados. A pertinência da problemática em estudo reflete-se no número de estudos efetuados nesta área,

entre os quais se destaca Dias (2001), Asanome (2001), Junqueira (2006), Goncalves (2008) e Rezende (2010), entre outros que foram abordados no capítulo anterior.

Esta investigação pretende contribuir para o aumento do conhecimento sobre a liderança não só porque é um tema atual, mas porque a maioria dos estudos nesta área dá primazia ao estudo do enfermeiro chefe enquanto líder, delegando num segundo plano o estudo a realizar aos seus seguidores, os enfermeiros subordinados. Também é de salientar que esta problemática tem relevância social, no sentido em que se insere nas preocupações, quer dos gestores hospitalares, quer dos enfermeiros chefes e enfermeiros liderados, pois se todos os enfermeiros conseguirem estar direcionados no mesmo sentido, mais facilmente os objetivos da organização serão alcançados. Consequentemente, isso será refletido na melhoria da prestação de cuidados de enfermagem e por inerência nos ganhos em saúde dos clientes.

O aprofundar da temática pode ajudar a identificar as características consideradas primordiais para o exercício da liderança eficaz em enfermagem e, mesmo que os estilos de liderança não sejam coincidentes, Amestoy et al. (2009) referem que os mesmos podem ser trabalhados, pois a liderança pode e deve ser uma aprendizagem contínua e permanente com vista a uma adequação aos contextos onde a mesma se exerce.

1.2 - TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é um estudo descritivo-correlacional (nível II), pois nele se procuram correlações entre as perceções e as idealizações dos enfermeiros sobre o estilo de liderança do seu chefe. Fortin (2003) e Gauthier (2003, p.146) afirmam que as “questões de investigação relacionais põem em relação dois ou mais estados de factos (...) à questão relacional corresponde a necessidade de comparar situações: a demonstração da relação entre duas variáveis”.

A vantagem do estudo descritivo-correlacional é que permite ao investigador trabalhar em contexto natural, considerando simultaneamente várias variáveis, explorando entre elas as várias relações, sem intervir nelas direta ou indiretamente, tendo sempre como objetivo primordial testar hipóteses no sentido de apoiar ou refutar teorias apresentadas (Fortin, 2003, 2009; Coutinho, 2011).

1.3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Após a definição do problema de investigação, torna-se importante definir quais as questões de investigação que o estudo procura dar resposta. As questões de investigação demonstram a dúvida do investigador, a incerteza que este possui sobre algo existente na população, e à qual se propõe estudar de forma a testar ou refutar as suas hipóteses. Tal como refere Fortin (2009, p.72), “uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. É um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”.

Assim, com base na informação obtida durante o enquadramento teórico, colocam-se as seguintes questões de investigação:

- Qual o estilo de liderança, dos enfermeiros chefes, percecionado pelos enfermeiros?
- Qual o estilo de liderança, dos enfermeiros chefes, idealizado pelos enfermeiros?
- Há correlação entre o estilo de liderança dos enfermeiros chefes percecionado e idealizado pelos enfermeiros?
- Existe correlação entre as características sociodemográficas dos enfermeiros e a sua perceção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe?
- Existe correlação entre as características socioprofissionais dos enfermeiros e a sua perceção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe?

Perante as questões de investigação apresentadas definiram-se como objetivos analisar e correlacionar o estilo de liderança do enfermeiro chefe, idealizado e percecionado pelos outros enfermeiros e analisar a influência que as características sociodemográficas e socioprofissionais têm na perceção dos outros enfermeiros sobre o estilo de liderança do seu chefe.

1.4 – HIPÓTESES

Na tentativa de dar resposta às questões de investigação e de acordo com os objetivos acima apresentados, formularam-se as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1: Existe correlação entre o estilo de liderança dos enfermeiros chefes percecionado e idealizado pelos enfermeiros.

- Hipótese 2: Existe correlação entre a “Idade” dos enfermeiros e a sua percepção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe.
- Hipótese 3: A percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe difere consoante o “Género” dos enfermeiros.
- Hipótese 4: A percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe difere consoante as “Habilitações Académicas” dos enfermeiros.
- Hipótese 5: Existe correlação entre o “Tempo de Exercício Profissional” dos enfermeiros e a sua percepção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe.
- Hipótese 6: Existe correlação entre o “Tempo no Atual Serviço” dos enfermeiros e a sua percepção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe.
- Hipótese 7: Existe correlação entre o “Número de Serviços onde Trabalhou” dos enfermeiros e a sua percepção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe.
- Hipótese 8: A percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe difere consoante a “Categoria Profissional “dos enfermeiros.
- Hipótese 9: A percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe difere consoante o “Tipo de Vínculo na Instituição” dos enfermeiros.
- Hipótese 10: A percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe difere consoante o enfermeiro “Se Encontra no Serviço Pretendido”.

Ponderou-se correlacionar também as características sociodemográficas e socioprofissionais dos enfermeiros com a idealização do estilo de liderança do enfermeiro chefe. Contudo, entende-se que a percepção é um constructo mais próximo da realidade, porque se refere a retratar a experiência dos enfermeiros relativamente ao seu enfermeiro chefe. Já a idealização é um constructo que não assenta na experiência daquele enfermeiro chefe específico, nem mesmo dos vários que já possam ter tido, mas antes numa construção do ideal que tem em conta, por exemplo, as experiências dos colegas. Neste contexto, esse poderá ser um trabalho a realizar num futuro próximo.

1.5 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Para o desenvolvimento deste trabalho de investigação definiu-se a variável dependente e as variáveis independentes, tendo em consideração que a operacionalização dessas variáveis se enquadra com as características da população em estudo, ou seja, apenas a enfermeiros em contexto clínico, subordinados a um enfermeiro chefe.

Assim, definiu-se como variável dependente: Perceção/idealização do estilo de liderança do Enfermeiro Chefe (variável quantitativa, contínua, avaliada através de escala com resposta tipo Likert). Este instrumento é apresentado em detalhe no ponto 1.7 deste capítulo.

As variáveis independentes deste estudo dividem-se em sociodemográficas e socioprofissionais. Como variáveis independentes sociodemográficas enquadra-se:

- Idade (variável contínua, avaliada em anos);
- Género (variável dicotómica, categorizada em Feminino ou Masculino);
- Habilitações académicas (variável ordinal, categorizada como Bacharelato, Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento).

Como variáveis independentes socioprofissionais enquadra-se:

- Categoria profissional (variável nominal, categorizada em Enfermeiro, Enfermeiro Graduado e Enfermeiro Especialista);
- Tempo de exercício profissional (variável contínua, avaliada em anos);
- Tempo no serviço onde trabalha (variável contínua, avaliada em anos);
- N.º de serviços onde trabalhou anteriormente (variável contínua);
- Tipo de vínculo (variável nominal, categorizada em Nomeação Definitiva, CIT ou Prestação de Serviços);
- Se trabalha no serviço da sua preferência (variável dicotómica, categorizada em Sim ou Não).

1.6 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Centro Hospitalar Baixo Vouga (CHBV) – Unidade Aveiro, por questões de acessibilidade e disponibilidade da parte da investigadora. Este Centro Hospitalar foi criado

pelo Decreto-Lei nº30/2011 de 2 de Março, e resultou da fusão do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E., Aveiro, do Hospital Distrital de Águeda, Águeda e do Hospital Visconde de Salreu, Estarreja. Assim, o CHBV é composto por 3 Unidades de cuidados, uma localizada em Aveiro, outra em Águeda e outra em Estarreja e serve uma população de mais de 300 mil habitantes, distribuídos por nove concelhos do distrito de Aveiro (Águeda, Albergaria-a-Velha, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Sever do Vouga e Vagos).

O CHBV (2014)² assume como principal missão

“prestar, em tempo útil e com um elevado nível de qualidade, efectividade, eficiência e custos socialmente comportáveis, cuidados de saúde diferenciados, articulando-se com outros Serviços de Saúde e Sociais da Comunidade que serve, bem como com a Rede de Cuidados de Saúde Primários e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, apostando na motivação e satisfação dos seus Profissionais e Colaboradores”.

O CHBV encontra-se organizado por departamentos, relativamente a uma gestão intermédia dos cuidados, sendo os mesmos constituídos por diversos serviços:

- Departamento Cirúrgico - que abrange os serviços de Cirurgia Geral, Estomatologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia e Anestesiologia;
- Departamento Médico - que engloba os Serviços de Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastrenterologia, Imuno-Alergologia, Infeciologia e Medicina Física e de Reabilitação;
- Departamento da Mulher e da Criança - que abrange os serviços de Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia;
- Departamento Psiquiatria e Saúde Mental;
- Departamento de Urgência/ Emergência;
- Departamento MCDT (Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica).

Na Unidade Aveiro, deste Centro Hospitalar, distribuídos pelos diferentes serviços, exercem funções de chefe 19 enfermeiros e 490 exercem funções de enfermeiro, que constituem o universo do estudo que se assume como um estudo de caso.

² - <http://www.hip.min-saude.pt/Paginas/default.aspx>

1.7 – METODOS E TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS

Para a prossecução deste estudo foi pedida autorização por escrito ao Conselho de Administração do CHBV (Anexo I) para aplicação de um questionário a todos os enfermeiros do CHBV – Unidade de Aveiro. Neste contexto, após parecer favorável deste órgão, iniciou-se o trabalho de campo com o conhecimento de todos os enfermeiros chefes.

Após se ter elaborado o questionário impôs-se a realização de um pré-teste que se considera ser a maneira de “verificar empiricamente a qualidade do questionário antes de proceder ao inquérito propriamente dito” (Gauthier, 2003, p.410). Ao realizar-se o pré-teste a um pequeno número de sujeitos que fazem parte da população pretendeu-se verificar se as questões foram compreendidas e se produziram efeito, ou seja, pretendeu-se verificar se existia alguma variação nas respostas. Como defende Fortin (2009, p.386) “o pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 e 20 pessoas) da população alvo. Esta etapa é sem dúvida indispensável, porque permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correções que se impõem”.

Após aplicação do pré-teste houve a necessidade de se proceder a alterações no questionário, de forma a clarificar as questões apresentadas a atingir o objetivo principal avaliar a eficácia e a pertinência do questionário.

O pré-teste foi realizado durante o mês de janeiro de 2014, a 15 enfermeiros do CHBV – Unidade Aveiro, tendo-se verificado a necessidade de reformular 2 questões por dificuldades na sua interpretação. A partir daqui, foi elaborada a versão definitiva do instrumento de recolha de dados.

A aplicação do questionário foi efetuada, durante os meses de fevereiro e março de 2014, nos diferentes serviços da Unidade Aveiro do CHBV. Assim, foi colocado em cada serviço, o número de questionários adequado, e uma caixa fechada, para guardar o questionário, preenchido de forma individualizada. Pretendia-se, deste modo, garantir assim as condições de anonimato e confidencialidade. O preenchimento do questionário pressupôs a aceitação voluntária, através do consentimento informado (Anexo III), com instruções padronizadas a todos os participantes.

O questionário utilizado para este trabalho de investigação é composto por duas partes: a primeira diz respeito à caracterização sociodemográfica e socioprofissional da amostra e a

segunda é composta por uma escala que avalia o estilo de liderança apresentado pelos enfermeiros chefes (Anexo II).

A primeira parte do questionário é composta por nove questões fechadas. A segunda parte é composta por 30 indicadores adaptados de uma escala criada por Junqueira (2006) intitulada “O estilo de liderança dos enfermeiros-chefes na motivação dos seus subordinados”. Estes indicadores foram por sua vez avaliados em duas diferentes perspetivas adaptados de Graça (1989a,b) na escala publicada “Você é um chefe motivado e satisfeito no seu trabalho?” “a) até que ponto existe?” e “b) até que ponto deveria existir?”.

As 30 afirmações pressupunham uma resposta tipo Likert, com cinco opções de escolha entre elas: “1 - Muito pouco(a) ou nenhum(a)”, “2 - Pouco(a)”, “3 - Nem muito(a), nem pouco(a)”, “4 - Bastante” e “5 - Muito(a)”. Todos os indicadores com exceção dos indicadores 15, 22, 23 e 28 descrevem atributos positivos relativamente ao estilo de liderança do enfermeiro chefe. Os quatro indicadores atrás referidos, por apresentarem atributos negativos foram invertidos antes de calcular o valor de cada dimensão e o valor total da escala.

Por uma questão de operacionalização da escala e considerando os estilos de liderança apresentados no enquadramento teórico, decidiu-se subdividir a mesma em quatro dimensões, adaptadas dos estilos de liderança apresentados por Blake e Mouton na Managerial Grid, referenciada em vários estudos nomeadamente por Higa e Trevizan (2005). Assim, apresentam-se as seguintes dimensões para este estudo:

Quadro 3 - Dimensões e indicadores correspondentes

Dimensões	Indicadores
Relacionamento Interpessoal	4, 6, 18,19, 21, 22*, 23*, 25, 26;
Grau de Estruturação da Tarefa	1, 2, 9, 14, 17, 20, 24, 27, 30;
Posição de Poder	10, 11, 12, 13, 15*;
Trabalho em Equipa	3, 5, 7, 8, 16, 28*, 29.

* - Indicadores invertidos

Para a determinação do valor de cada dimensão bem como para o total da escala calculou-se a média aritmética dos itens que a constituem, sendo que este valor poderá variar entre 1 e 5 (os valores assumidos para cada uma das opções tipo Likert). Assim, quanto maior o valor (mais

próximo de 5) mais positiva será a percepção/idealização que os enfermeiros possuem do estilo de liderança do seu enfermeiro chefe.

No quadro 4 apresentam-se os resultados da avaliação da consistência interna através do coeficiente *Alpha* de *Cronbach* apenas para os itens da alínea a) “Até que ponto existe?”, apresentando os valores obtidos neste estudo.

Verifica-se que tanto a escala como as suas dimensões apresentam valores elevados de coeficiente alfa de Cronbach, em que o total da escala apresenta o valor mais elevado ($\alpha=0.948$), seguindo-se a dimensão “*Grau de Estruturação da Tarefa*” ($\alpha =0.896$). A dimensão com menor valor é a dimensão “*Posição de Poder*” ($\alpha =0.621$).

Quadro 4 – Valores do coeficiente Alpha de Cronbach

Dimensões	n.º itens	Alfa (α)
Total da escala	30	0.948
Relacionamento Interpessoal	9	0.867
Grau de Estruturação da Tarefa	9	0.896
Posição de Poder	4	0.621
Trabalho em Equipa	7	0.864

1.8 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo é composta por todos os enfermeiros da Unidade de Aveiro do CHBV, num total de 490. Definiram-se como critérios de exclusão: estar ausente do serviço, por motivos diversos, tal como ausência médica ou licença de parentalidade. Como critérios de inclusão definiu-se: ser enfermeiro no CHBV – Unidade Aveiro, sem funções de chefia, com mais de um mês de contacto direto com o atual enfermeiro chefe, isto porque, se considera que o enfermeiro antes de preencher o questionário, deve ter um conhecimento sobre as características do seu chefe, assim como das suas características de liderança, que lhe permita fazer uma avaliação adequada aos objetivos do trabalho.

Utilizámos uma amostragem não probabilística, por conveniência, ou seja, foram disponibilizados questionários para todos os enfermeiros que compõem a população, segundo os critérios de inclusão e exclusão, tendo sido entregues 490 questionários, distribuídos pelos vários serviços do CHBV – Unidade Aveiro. Tal como Bento (2011, p.51) refere a amostragem por conveniência é a “selecção das pessoas (ou unidades) mais disponíveis, como sujeitos de um estudo; também conhecida como amostragem acidental.”

Dos questionários aplicados foram recolhidos 244, mas 28 foram anulados por não se encontrarem devidamente preenchidos ou não cumprirem os fatores de inclusão. Assim, a amostra final constituiu-se por 216 enfermeiros.

1.8.1 – Caracterização da Amostra

Analisando as características sociodemográficas dos participantes, observa-se no quadro 5, que é uma amostra maioritariamente constituída por mulheres (85.6%). Tal facto traduz uma tendência da profissão de enfermagem no nosso país, em ser maioritariamente formada por mulheres, como nos referem os dados divulgados pela Ordem dos Enfermeiros (2014), em que a população portuguesa de enfermeiros é de 65872, dos quais 53814 são do género feminino e 12058 do género masculino.

No que se refere à categoria profissional 47.2%, são detentores da categoria de enfermeiro, havendo contudo uma percentagem também considerável de enfermeiros especialistas, 19.5%. Relativamente às habilitações académicas de referenciar que apenas 1.9% possui o grau de Bacharel e que dos restantes, 85.5%, tem o grau de Licenciatura e 10% já detêm o grau de Mestre. Salienta-se ainda que, do tipo de vínculo à instituição, a maioria tem contrato individual de trabalho (53.2%) estando apenas 1.9% em regime de prestação de serviços; e relativamente ao serviço onde exercem funções, a maioria afirma estar no serviço pretendido (87.0%), isto é, no serviço onde gostaria de desenvolver a sua atividade profissional.

Quadro 5 - Características sociodemográficas e profissionais da amostra (n= 216)

Variáveis	n	%
Género:		
Feminino	185	85.6%
Masculino	31	14.4%
Categoria:		
Enfermeiro	102	47.2%
Enfermeiro Graduado	72	33.3%
Enfermeiro Especialista	42	19.5%
Habilitações Académicas:		
Bacharelato	4	1.9%
Licenciatura	189	87.5%
Mestrado	23	10.6%
Vínculo:		
Nomeação Definitiva	97	44.9%
CIT	115	53.2%
Prestação de Serviços	4	1.9%
Serviço Pretendido:		
Sim	188	87.0%
Não	28	13.0%

No que se refere à idade, os participantes têm uma média de idade de 37.66 anos ($s=8.76$), variando entre os 24 e os 58 anos (quadro 6).

No que concerne ao exercício profissional os inquiridos apresentam uma média de 14.17 anos ($s=8.52$), de tempo de exercício no atual serviço uma média de 9.09 anos ($s=7.61$) e com uma moda de 2 serviços onde exerceram atividade profissional anteriormente (quadro 6).

Quadro 6 - Caracterização socioprofissional dos inquiridos (n=216)

	\bar{x}	Mo	s	Min.	Máx.
Idade (anos)	37.66	34	8.76	24	58
Tempo de Exercício Profissional (anos)	14.74	11.50	8.52	1	38
Tempo no Serviço onde trabalha (anos)	9.09	7.0	7.61	0.1	36
Número de Serviços onde trabalhou	—	2.0	1.47	0	7

1.9 – ANÁLISE DE DADOS

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa IBM SPSS® 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Assumiu-se $\alpha=.05$ como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade de erro tipo I foi inferior a esse valor ($p<.05$).

Para a determinação dos testes estatísticos a usar e no sentido de determinar a possibilidade de utilização de testes paramétricos procedeu-se à validação dos seus pressupostos, começando-se pelo pressuposto da normalidade da distribuição da variável dependente. Tendo em conta a dimensão da amostra ($n=216; \geq 50$) e o facto dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk não serem consistentes nos seus resultados, optou-se apenas por admitir a normalidade da distribuição nos casos em que ambos os testes cumprissem o pressuposto. Assim sendo, verifica-se que o total da escala bem como as subescalas, não seguem uma distribuição normal, pelo que não se podem realizar testes paramétricos, conforme se evidencia no resultado da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para avaliação da normalidade (Anexo 1).

CAPÍTULO III –
APRESENTAÇÃO DE DADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1 - APRESENTAÇÃO DE DADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste ponto apresentam-se os dados obtidos referentes à análise estatística dos mesmos e a discussão dos resultados encontrados, mediante a fundamentação teórica, as questões de investigação e as hipóteses apresentadas anteriormente, assim como os resultados relevantes obtidos noutros estudos.

Este capítulo divide-se em três subcapítulos dos quais se apresentam e analisam os resultados obtidos como forma de dar resposta às questões de investigação e às hipóteses colocadas. No primeiro, identifica-se o estilo de liderança do enfermeiro chefe percebido e idealizado pelos enfermeiros, analisando a correlação entre os mesmos. No segundo subcapítulo, analisa-se e discute-se a correlação que existe entre as características sociodemográficas dos enfermeiros e a percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe. Por fim, analisa-se e discute-se a correlação que existe entre as características socioprofissionais dos enfermeiros e a percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe.

1.1 – O ESTILO DE LIDERANÇA DO ENFERMEIRO CHEFE PERCECIONADO E IDEALIZADO PELOS ENFERMEIROS

Pretende-se, neste ponto apresentar os dados³ para se analisar e discutir os resultados obtidos sobre as percepções e as idealizações dos enfermeiros relativamente ao estilo de liderança dos enfermeiros chefes por forma a dar resposta a três questões de investigação:

Questão 1 – Qual o estilo de liderança dos enfermeiros chefes, percebido pelos enfermeiros?

Questão 2 – Qual o estilo de liderança dos enfermeiros chefes, idealizado pelos enfermeiros?

³ - No Anexo II apresenta-se uma tabela global dos dados compreendendo as médias, desvio padrão, assim como as frequências e as percentagens relativas às respostas, como forma de complementar a leitura e compreensão dos dados.

Questão 3 – Há correlação entre o estilo de liderança dos enfermeiros chefes percebido e idealizado pelos enfermeiros?

No quadro 7 apresentam-se os resultados da análise dos dados referentes a cada uma das dimensões e da pontuação total da escala estilo de liderança. Pode então observar-se, de uma forma global, que os valores das médias obtidos em cada dimensão, na **perceção do estilo de liderança** são muito próximos. Salienta-se que a subescala onde o valor da média das respostas é mais elevado é o “Grau de Estruturação da Tarefa” ($\bar{x}=3.61$, $s=0.70$), seguido do “Trabalho em Equipa” ($\bar{x}=3.39$, $s=0.78$) e a subescala com o valor da média das respostas mais baixo é a “Posição de Poder” ($\bar{x}=3.19$, $s=0.66$).

Ainda referente aos dados apresentados no Quadro 7, faz-se a análise dos mesmos referentes a cada indicador, englobado em cada dimensão da escala.

Relativamente à dimensão “Relacionamento Interpessoal”, nos dados emergentes das respostas observa-se que o indicador 19 “*Valoriza as relações interpessoais*”, é o que obtém uma média mais elevada ($\bar{x}=3.75$, $s=1$). Nesta dimensão o indicador 23 “*Tem um grupo de subordinados com o qual se relaciona melhor*” é o que apresenta a média mais baixa ($\bar{x}=2.42$, $s=1.05$).

Relativamente à dimensão “Grau de Estruturação da Tarefa”, observa-se que nos dados que o indicador 9 “*Valoriza as regras e os procedimentos dos cuidados de enfermagem*”, foi tem uma média mais elevada ($\bar{x}=3.96$, $s=0.93$) e com um valor aproximado o indicador 20 “*Valoriza a qualidade da prestação de cuidados*” ($\bar{x}=3.95$, $s=1.05$). Nesta dimensão o indicador 30 “*Tem uma visão de futuro atraente para o serviço*” é o que apresenta a média mais baixa ($\bar{x}=3.26$, $s=1.14$).

Quanto à dimensão “Posição de Poder”, nos dados obtidos das respostas observa-se que o indicador 10 “*Sente que os subordinados o respeitam pela posição que ocupa no serviço*”, tem uma média mais elevada ($\bar{x}=3.81$, $s=0.87$) e o indicador 13 “*As suas ordens não cumpridas resultam em penalizações*” é o que apresenta a média mais baixa ($\bar{x}=2.58$, $s=1.04$).

Por fim, quanto à dimensão “Trabalho em Equipa”, perante os dados obtidos das respostas observa-se que o indicador 16 “*Possui traços de personalidade que o favorecem na liderança da equipa*” apresenta uma média mais elevada ($\bar{x}=3.56$, $s=1.07$), enquanto as médias mais baixas verificam-se com o mesmo valor nos indicadores 28 “*Tomas as decisões sempre sozinho*” ($\bar{x}=3.22$, $s=0.97$) e 29 “*Toma as decisões conjuntas resultantes de reuniões da equipa*” ($\bar{x}=3.22$, $s=1.00$).

No Quadro 7, também se verifica que os valores das médias obtidos em cada dimensão, na **idealização do estilo de liderança** são muito próximos. Saliencia-se que a subescala onde o valor da média das respostas é mais elevado é o “Grau de Estruturação da Tarefa” ($\bar{x}=4.25$, $s=0.40$) e a subescala com o valor da média das respostas mais baixo é a “Posição de Poder” ($\bar{x}=3.75$, $s=0.60$).

Fazendo a análise dos mesmos referentes a cada indicador da escala, englobado em cada dimensão da escala analisa-se que em relação à dimensão “Relacionamento Interpessoal”, nos dados emergentes das respostas observa-se que o indicador 25 “*Preocupa-se com o bem-estar dos seus subordinados*”, tem uma média mais elevada ($\bar{x}=4.41$, $s=0.58$). Nesta dimensão o indicador 22 “*Não trata igualmente todos os subordinados*” é o que apresenta a média mais baixa ($\bar{x}=3.50$, $s=1.55$).

Relativamente à dimensão “Grau de Estruturação da Tarefa”, nos dados emergentes das respostas observa-se que o indicador 20 “*Valoriza a qualidade da prestação de cuidados*” é o que apresenta uma média mais elevada ($\bar{x}=4.62$, $s=0.52$). Nesta dimensão o indicador 2 “*Aceita as práticas correntes de funcionamento do serviço*” é o que apresenta a média mais baixa ($\bar{x}=3.99$, $s=0.68$).

Quanto à dimensão “Posição de Poder”, nos dados obtidos das respostas observa-se que o indicador 10 “*Sente que os subordinados o respeitam pela posição que ocupa no serviço*”, foi o que obteve uma média mais elevada ($\bar{x}=4.34$, $s=0.78$). O indicador 13 “*As suas ordens não cumpridas resultam em penalizações*” é o que apresenta a média mais baixa ($\bar{x}=3.04$, $s=1.05$).

Por fim, quanto à dimensão “Trabalho em Equipa”, perante os dados obtidos das respostas observa-se que o indicador 7 “*Resolve construtivamente os conflitos da equipa*” é o que obtém uma média mais elevada ($\bar{x}=4.41$, $s=0.62$). O indicador 28 “*Tomas as decisões sempre sozinho*” é o que apresenta a média mais baixa ($\bar{x}=3.62$, $s=1.16$).

Quadro 7- Percepção e idealização dos enfermeiros relativamente ao estilo de liderança do enfermeiro Chefe (n=216)

	Até que ponto existe?		Até que ponto devia existir?	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s
Total das Dimensões	3.42	0.63	4.10	0.34
Relacionamento Interpessoal	3.36	0.72	4.08	0.43
4 - Compartilha ideias e sentimentos com os subordinados.	3.56	0.96	4.15	0.67
6 - Preocupa-se com o desenvolvimento pessoal de cada subordinado.	3.31	1.00	4.25	0.62
18 - Respeita as ideias e sentimentos dos subordinados e ajuda-os nos seus problemas pessoais	3.60	1.04	4.22	0.68
19 - Valoriza as relações interpessoais	3.75	1.00	4.32	0.61
21 - O seu comportamento está relacionado com as características da equipa que chefia.	3.52	1.03	3.97	0.83
22 - Não trata igualmente todos os subordinados.*	<u>2.93</u>	1.24	3.50	1.55
23 - Tem um grupo de subordinados com o qual se relaciona melhor.*	2.42	1.05	3.64	1.16
25 - Preocupa-se com o bem-estar dos seus subordinados	3.73	0.95	4.41	0.58
26 - Solicita, recebe e utiliza as sugestões dos subordinados para tomar decisões.	3.43	0.96	4.28	0.62
Grau de Estruturação da Tarefa	3.61	0.70	4.25	0.40
1 - Estabelece metas com os subordinados.	3.28	1.01	4.09	0.71
2 - Aceita as práticas correntes de funcionamento do serviço.	3.68	0.71	3.99	0.68
9 - Valoriza as regras e os procedimentos dos cuidados de enfermagem.	3.96	0.93	4.50	0.56
14 - A equipa que lidera, de um modo geral, empenha-se nas tarefas que lhes distribui.	3.81	0.78	4.28	0.59
17 - Demonstra importância na definição de níveis de desempenho da equipa	3.50	0.93	4.12	0.65
20 - Valoriza a qualidade da prestação de cuidados	3.95	1.05	4.62	0.52
24 - Costuma facilitar orientações à equipa para que cumpram as regras e procedimentos que estipula.	3.68	0.90	4.23	0.68
27 - Gosta de definir objetivos desafiantes para os subordinados, esperando que os atinjam ao mais alto nível.	3.37	1.03	4.14	0.69
30 - Tem uma visão de futuro atraente para o serviço.	3.26	1.14	4.31	0.65
Posição de Poder	3.19	0.66	3.75	0.60
10 - Sente que os subordinados o respeitam pela posição que ocupa no serviço.	3.81	0.87	4.34	0.78
11 - Sente que os subordinados o vêem como um modelo a seguir.	3.19	0.98	4.08	0.70
12 - Tem a possibilidade de recompensar ou punir diretamente os	3.20	0.96	3.54	1.01

seus subordinados.				
13 - As suas ordens não cumpridas resultam em penalizações.	<u>2.58</u>	1.04	<u>3.04</u>	1.05
15 - A equipa que lidera tende a resistir às suas solicitações.*	3.46	0.96	<u>3.48</u>	1.19
Trabalho em Equipa	3.39	0.78	4.23	0.41
3 - Ajuda os subordinados a crescer e a desenvolver.	3.47	1.04	4.38	0.58
5 - Envolve os subordinados nas decisões que os afetam.	3.38	1.08	4.32	0.62
7 - Resolve construtivamente os conflitos da equipa.	3.38	1.03	4.41	0.62
8 - Colabora no trabalho em equipa.	3.43	1.11	4.34	0.60
16 - Possui traços de personalidade que o favorecem na liderança da equipa	3.56	1.07	4.25	0.64
28 - Toma as decisões sempre sozinho.*	3.22	0.97	3.62	1.16
29 - Tomas as decisões conjuntas resultantes de reuniões da equipa	3.32	1.00	4.32	0.64

* - Indicadores invertidos

No presente estudo verifica-se que não se observa a **perceção de um estilo de liderança** predominante, na medida em que o valor das médias obtidas nas quatro dimensões são aproximadas. Salienta-se contudo, um valor de média ligeiramente mais elevado na dimensão “Grau de Estruturação da Tarefa” nomeadamente no que se refere à valorização das regras e dos procedimentos dos cuidados de enfermagem, assim como a valorização da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem. Em relação ao “Trabalho em Equipa”, que apresenta um valor de média próximo, sobressai o indicador referente aos traços de personalidade do enfermeiro chefe que favorecem a liderança da equipa.

Os resultados encontrados⁴ são semelhantes aos resultados obtidos na investigação realizada por Junqueira (2006), no qual, uma grande percentagem de enfermeiros subordinados refere que é frequente os chefes valorizarem as regras e procedimentos dos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros consideram que os seus chefes são fortemente orientados para a tarefa e valorizam a existência de normas e protocolos nas unidades de saúde que lideram.

No desempenho das funções de chefe este desenvolve o seu trabalho no âmbito da gestão e isso implica, maioritariamente orientar as suas atividades para a monitorização do cumprimento de procedimentos, regulamentos e normas do serviço. Tal como Canastra e Ferreira (2012) indicam é da responsabilidade do enfermeiro chefe traduzir o que a própria instituição lhe solicita, no

⁴ - Ver Anexo II – Tabela global de dados quanto à perceção e idealização dos enfermeiros em relação ao estilo de liderança do enfermeiro chefe (n=216)

sentido de transmitir a toda a equipa os objetivos propostos e isso poderá ser traduzido através de normas e procedimentos.

Por seu lado, Fradique e Mendes (2013) concluem que a liderança em enfermagem percecionada pelos enfermeiros prestadores de cuidados influencia a melhoria da qualidade dos cuidados e que, uma das principais responsabilidades do enfermeiro chefe/gestor é assegurar a melhoria da qualidade da prestação de cuidados, sensibilizando e motivando a equipa para isso e, simultaneamente, proporcionando a satisfação dos utentes relativamente a esses cuidados de saúde praticados.

Este provavelmente será um dos motivos pelo qual o trabalho em equipa sobressai. Os enfermeiros chefes devem ser líderes da sua equipa de trabalho, e ser líder implica valorizar as regras, normas e procedimentos existentes, no sentido de todos os profissionais de saúde estarem focalizados na mesma direção. Neste sentido, o ciclo de melhoria contínua de cuidados deve estar presente na atividade de liderança do chefe, pressupondo atingir cuidados de saúde de excelência.

Junqueira (2006), Fradique e Mendes (2013) salientam essa importância ao referirem que se a liderança for adequada potencializa a qualidade dos cuidados e simultaneamente a satisfação dos profissionais, o que pode gerar benefícios em termos de gestão e será visível na prestação de cuidados.

Neste âmbito salienta-se o trabalho em equipa como um ponto importante no exercício da liderança do enfermeiro chefe. Muitos dos enfermeiros percecionam o seu chefe com um estilo de liderança direcionado para o trabalho em equipa, tal como os resultados obtidos por Junqueira (2006), em que os enfermeiros concordam que o trabalho em equipa é frequente.

Divergente deste resultado encontrou-se apenas os resultados obtidos por Dias (2001), que refere que o estilo de liderança dos enfermeiros chefes é orientado para a relação interpessoal. Esta divergência justifica-se porque, tal como Dias (2013) refere os líderes podem apresentar mais do que um estilo de liderança, e tal pode ser encarado como um fator positivo, pois os enfermeiros chefes estão sujeitos a vários contextos, necessitando de adequar diferentes estilos em diferentes situações.

No presente estudo salienta-se na dimensão que obteve o valor de média mais baixo “Posição de Poder”, o indicador 13 *“As suas ordens não cumpridas resultam em penalizações”* que tem o valor

de média mais baixo. Apesar dos resultados obtidos neste estudo, não se encontraram explicações relativas a estes dados noutros trabalhos de investigação, pelo que não se podem comparar, nem discutir estes resultados inovadores. No entanto, sugere-se uma explicação para estes dados, nomeadamente porque não existe tradição de levantamento de sanções disciplinares na Administração Pública e isso poderá ser, um dos fatores para os enfermeiros menos percecionarem esse indicador.

Em relação à questão de investigação que pretende **determinar qual o estilo de liderança dos enfermeiros chefes, idealizado pelos enfermeiros**, não se verifica a idealização de um estilo de liderança específico, na medida em que os valores das médias obtidas nas quatro dimensões são aproximados. No entanto, salienta-se o valor de média ligeiramente mais elevado na dimensão “Grau de Estruturação da Tarefa”, nomeadamente no indicador 20 “*Valoriza a qualidade da prestação de cuidados*” e com um valor de média aproximado o indicador 9 “*Valoriza as regras e os procedimentos dos cuidados de enfermagem*” (a mesma dimensão e os mesmos indicadores com os valores de média mais elevados na perceção dos enfermeiros, quanto ao estilo de liderança do chefe).

Também se salienta a dimensão “Trabalho em Equipa”, que apresenta um valor de média próximo do “Grau de Estruturação da Tarefa”, onde sobressai o indicador 7 “*Resolve construtivamente os conflitos da equipa*”.

Os resultados obtidos encontram-se em concordância com o que Beccaria e Fávero (2000) preconizam, quando referem que se espera que os enfermeiros chefes se relacionem com os seus subordinados, de forma a manter níveis de cooperação elevados em todo o trabalho de equipa, assegurando um compromisso inseparável entre as necessidades de produção e das pessoas.

Não há um estilo de liderança idealizado dominante, no entanto, os resultados obtidos indicam que há uma ligeira tendência para haver uma forte ligação com a produção, mantendo sempre em valores elevados a valorização das regras e procedimentos, e a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, sem esquecer a importância do trabalho em equipa.

Estes resultados são apresentados por vários autores no decorrer das suas investigações. Assim, e tal como Fávero e seus colaboradores (1997), Beccaria e Fávero (2000), Higa e Trevizan (2005) e Amestoy e colaboradores (2012) concluem, o estilo de liderança idealizado pelos enfermeiros é caracterizado por ter uma orientação máxima simultaneamente para a produção, e para as pessoas.

Estes resultados podem-se fundamentar nas necessidades que os enfermeiros têm de no seu local de trabalho terem experiências plenas e enriquecedoras, quer em termos de produção, quer em termos de trabalho em equipa. Os enfermeiros esperam que aquele que os lidera, o seu chefe, tenha um estilo de liderança fortemente comprometido com os resultados a alcançar, mas simultaneamente tenha um estilo de liderança em que as necessidades da equipa de trabalho sejam consideradas primordiais.

Por fim, analisando a dimensão “Posição de Poder”, cujo valor da média das respostas é o mais baixo, salientam-se os indicadores 13 referente à penalizações de ordens não cumpridas e o item 15 relativo à resistência de solicitações por parte da equipa, como sendo os que tiverem os valores das médias mais baixos

Tal como se verificou na questão de investigação anterior, aqui também se verifica que o estilo de liderança do enfermeiro chefe menos idealizado corresponde ao estilo de liderança menos perçecionado pelos enfermeiros. Estes resultados também foram encontrados por Beccaria e Fávero (2000), Higa e Trevizan (2005), Amestoy e colaboradores (2012), quando concluem que o estilo de liderança menos desejado é aquele em que o chefe procura ter o máximo de produção com a mínima colaboração dos enfermeiros, baseando-se este estilo na hierarquia e no poder coercivo, em que o enfermeiro chefe pretende ter um domínio e controlo sobre as pessoas por medo de fracassar e não dominar as diferentes situações.

No presente estudo, verifica-se que na dimensão que obteve o valor de média mais baixo “Posição de Poder”, o indicador 13 *“As suas ordens não cumpridas resultam em penalizações”* apresenta o valor de média mais baixo. Tal como aconteceu anteriormente na perção dos enfermeiros relativamente ao estilo de liderança do enfermeiro chefe, este indicador também presente na idealização e com uma grande relevância, não foi encontrado noutros estudos, pelo que os resultados não podem ser comparados com outros autores. No entanto, tal como aconteceu anteriormente, levanta-se a hipótese da falta de tradição e o efeito social negativo que este indicador acarreta para ser considerado o menos idealizado pelos enfermeiros.

Como forma de dar resposta à terceira questão de investigação definiu-se a seguinte hipótese:

Hipótese 1: Existe correlação entre o estilo de liderança dos enfermeiros chefes perçecionado e idealizado pelos enfermeiros.

De acordo com o Quadro 8, verifica-se que existe correlação estatisticamente significativa entre todas as dimensões da percepção e da idealização à exceção de três (percepção da Posição de Poder e idealização do Grau de Estruturação da Tarefa; percepção do Trabalho em Equipa e idealização da Posição de Poder; percepção da Posição de Poder e idealização do trabalho em equipa). Em comum a estas três correlações não estatisticamente significativas, encontra-se a dimensão de Posição de Poder que no Quadro 7, também era a dimensão com valores de médias menores, tanto na percepção como na idealização.

Verifica-se que todas as correlações estatisticamente significativas são positivas, o que significa que quando aumenta a média da percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe, aumenta a média da idealização do mesmo, bem como o inverso. Além disso, todas as correlações são fracas ($r_s < 0.40$), sendo que a correlação maior ($r_s = 0.35$) se verifica entre a Posição de Poder percebida e idealizada.

Quadro 8 – Correlação de Spearman entre a percepção e a idealização para o Total da Escala e suas Dimensões

Idealizado / Percecionado	Total da Escala	Relacionamento Interpessoal	Grau de Estruturação da Tarefa	Posição de Poder	Trabalho em Equipa
Total da Escala	0.288* (p=0.000)	0.236* (p=0.000)	0.258* (p=0.000)	0.186* (p=0.006)	0.216* (p=0.001)
Relacionamento Interpessoal	0.252* (p=0.000)	0.269* (p=0.000)	0.203* (p=0.003)	0.139* (p=0.041)	0.172* (p=0.011)
Grau de Estruturação da Tarefa	0.295* (p=0.000)	0.208* (p=0.002)	0.322* (p=0.000)	0.194* (p=0.004)	0.236* (p=0.000)
Posição de Poder	0.222* (p=0.001)	0.178* (p=0.009)	0.110 (p=0.106)	0.354* (p=0.000)	0.099 (p=0.148)
Trabalho em Equipa	0.220* (p=0.001)	0.164* (p=0.016)	0.194* (p=0.004)	0.078 (p=0.257)	0.235* (p=0.000)

* - correlação significativa com $p < 0.05$

No presente estudo verifica-se que não há uma percepção de estilo de liderança predominante dos enfermeiros chefes, tal como se verifica que não há uma idealização desse mesmo estilo de liderança. Contudo, analisando os resultados do Quadro 7, observa-se que a dimensão com o valor da média das respostas mais elevado é o “Grau de Estruturação da Tarefa”, quer para a

percepção, quer para a idealização dos enfermeiros relativamente ao estilo de liderança do enfermeiro chefe.

Na mesma lógica, analisando os resultados do Quadro 7, também se observa que a dimensão que apresenta valor da média das respostas mais baixo é a “Posição de Poder”, quer para a percepção, quer para a idealização dos enfermeiros relativamente ao estilo de liderança do enfermeiro chefe.

Perante estes resultados, pode-se concluir que a percepção que os enfermeiros têm, relativamente ao estilo de liderança dos enfermeiros chefe é a mesma que, esses mesmos enfermeiros idealizam. Assim, afirma-se que as expectativas dos enfermeiros quanto ao estilo de liderança do enfermeiro chefe estão correspondidas.

Estes resultados enquadram-se com os encontrados na literatura, no sentido da confluência de mais do que um estilo de liderança. Tal como referem vários autores, entre eles Marquis (1999), Beccaria e Fávero (2000), Carvalho (2006; 2009), García e Santa-Bárbara (2009), Alves et al. (2010), Melo (2011) e Dias (2013) são várias as atividades que os enfermeiros chefes têm de desenvolver, entre elas atividades de coordenação e de administração, de forma a assegurar que as tarefas são concretizadas. Além disso, todo o trabalho desenvolvido por esses profissionais é muito organizado em função do trabalho em equipa, considerando-se assim, que os resultados encontrados são os expectáveis.

1.2 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS QUE INFLUENCIAM A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS ESTILO DE LIDERANÇA DO ENFERMEIRO CHEFE

Apresenta-se, neste ponto a análise e discussão de que forma os fatores sociodemográficos dos enfermeiros influenciam a percepção sobre o estilo de liderança dos enfermeiros chefes de forma a dar resposta à questão de investigação:

Questão 4 – Existe correlação entre as características sociodemográficas dos enfermeiros e a sua percepção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe?

Para responder a esta questão de investigação, foram elaboradas diferentes hipóteses de investigação, cujos resultados dos testes estatísticos se apresentam de seguida.

Hipótese 2: Existe correlação entre a “Idade” dos enfermeiros e a sua percepção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe.

Para testar a influência da variável independente “**Idade**” nas variáveis dependentes (“Total das Dimensões Estilo de Liderança” e respectivas dimensões) recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman (Quadro 9). Verifica-se que apenas existe correlação estatisticamente significativa, positiva e baixa, entre a idade e a dimensão “Trabalho em Equipa” ($p < 0.05$), ou seja, existe evidência estatisticamente significativa para afirmar que a percepção dos enfermeiros sobre o estilo de liderança (“Trabalho em Equipa”) varia conforme a idade.

Quadro 9 - Correlação entre a “Idade” e a percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe (n=216)

	Idade	
TOTAL DAS DIMENSÕES	r_s	0.098
	p	0.152
Relacionamento Interpessoal	r_s	0.118
	p	0.084
Grau de Estruturação da Tarefa	r_s	0.039
	p	0.569
Posição de Poder	r_s	-0.058
	p	0.400
Trabalho em Equipa	r_s	0.170*
	p	0.012

* Correlação significativa ($p < 0,05$)

Relativamente às restantes variáveis verifica-se ausência de correlação estatisticamente significativa ($p > 0.05$). Desta forma, pode-se afirmar que essas variáveis não se encontram diretamente relacionadas.

Assim, conclui-se que a idade dos enfermeiros, interfere na percepção que os enfermeiros têm do estilo de liderança do chefe quanto ao “Trabalho em Equipa”. Os resultados obtidos não foram encontrados noutros estudos efetuados a enfermeiros liderados, no entanto, salientam-se os resultados alcançados por Alves et al. (2010) na percepção que os enfermeiros chefes têm do seu estilo de liderança. Estes autores concluem que há relação entre a idade dos enfermeiros e a percepção do seu estilo de liderança, no sentido em que quanto maior a idade, mais se evidencia que o comportamento do enfermeiro chefe é orientado para o relacionamento com os outros em detrimento do comportamento orientado para a execução da tarefa.

De forma a tentar perceber se há correlação entre o Género e a percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe, formulou-se a hipótese que se apresenta a seguir.

Hipótese 3: A percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe é diferente consoante o “Género” dos enfermeiros.

Para testar a influência da variável “**Género**” com a variável dependente recorreu-se ao teste de Mann-Whitney. Como se pode verificar pela análise do Quadro 10, não se verificam diferenças estatisticamente significativas para nenhuma dimensão ($p < 0.05$), não se rejeitando assim a hipótese nula, o que significa que a percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe não difere entre o género masculino e feminino.

Quadro 10 - Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à Percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe em função da variável “Género” do enfermeiro (n=216)

	Género	n	Z	P
TOTAL DAS DIMENSÕES	Feminino	185	-1.547	0.122
	Masculino	31		
Relacionamento Interpessoal	Feminino	185	-1.846	0.065
	Masculino	31		
Grau de Estruturação da Tarefa	Feminino	185	-1.134	0.257
	Masculino	31		
Posição de Poder	Feminino	185	-0.974	0.330
	Masculino	31		
Trabalho em Equipa	Feminino	185	-1.445	0.148
	Masculino	31		

Quanto ao género verifica-se que a percepção do enfermeiro em relação ao estilo de liderança do enfermeiro chefe não difere entre o género masculino e feminino. Estes resultados são contrários aos obtidos por Alves e colaboradores (2010) e Santos (2012), quando indicaram que os enfermeiros do género feminino e do género masculino diferem quanto à percepção do estilo de liderança dos enfermeiros chefes. Assim, estes resultados sugerem que na instituição de saúde onde foi realizada a investigação, os líderes tratam de igual forma todos os subordinados.

Também formulou-se uma hipótese como tentativa de compreender se as habilitações académicas se correlacionam com o estilo de liderança do enfermeiro chefe percebido pelos enfermeiros.

Hipótese 4: A percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe é diferente consoante as “Habilitações Académicas” do enfermeiro.

Quanto à variável “**Habilitações Académicas**” (Quadro 11)⁵, e recorrendo ao teste de Kruskal-Wallis, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) nem para o Total das Dimensões, nem para qualquer dimensão. Não existe assim evidência estatisticamente significativa para afirmar que as habilitações académicas dos enfermeiros influenciem a perceção destes a respeito do estilo de liderança dos seus chefes.

Quadro 11 - Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à Perceção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe em função da variável “Habilitações Académicas” do enfermeiro (n=216)

	Habilitações Académicas	n	Z	P
TOTAL DAS DIMENSÕES	Licenciatura	189	-0.583	0.560
	Mestrado	23		
Relacionamento Interpessoal	Licenciatura	189	-0.732	0.464
	Mestrado	23		
Grau de Estruturação da Tarefa	Licenciatura	189	-0.977	0.328
	Mestrado	23		
Posição de Poder	Licenciatura	189	-0.067	0.946
	Mestrado	23		
Trabalho em Equipa	Licenciatura	189	-0.438	0.661
	Mestrado	23		

Analisando os dados sociodemográficos, verifica-se que as habilitações académicas não influenciam a perceção dos enfermeiros em relação ao estilo de liderança apresentado pelo enfermeiro chefe, ou seja, as habilitações académicas não são um fator decisivo na perceção dos enfermeiros em relação à liderança apresentada pelos seus superiores hierárquicos.

1.3 - CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS QUE INFLUENCIAM A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O ESTILO DE LIDERANÇA DO ENFERMEIRO CHEFE

Neste item apresenta-se e analisa-se de que forma os fatores socioprofissionais dos enfermeiros influenciam a sua perceção sobre o estilo de liderança dos enfermeiros chefes de forma a dar resposta à questão de investigação:

Questão 5 – Existe correlação entre as características socioprofissionais e a perceção dos enfermeiros sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe?

⁵ - Dado que relativamente à habilitação Bacharelato existiam apenas 4 sujeitos (conforme Anexo III), optou-se por testar a variável "Habilitações Académicas" sem o referido grupo.

Para responder a esta questão de investigação, foram elaboradas diferentes hipóteses de investigação, cujos resultados dos testes estatísticos se apresentam de seguida.

Hipótese 5: Existe correlação entre o “Tempo de Exercício” dos enfermeiros e a sua perceção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe.

Hipótese 6: Existe correlação entre o “Tempo no Atual Serviço” dos enfermeiros e a sua perceção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe.

Hipótese 7: Existe correlação entre o “Número de Serviços onde Trabalhou” dos enfermeiros e a sua perceção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe.

Para testar a influência das variáveis independentes numéricas contínuas (“Tempo de Exercício Profissional”, “Tempo no Atual Serviço” e “Número de Serviços onde Trabalhou”) na variável dependente recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman (Quadro 13). Relativamente ao **“Tempo de Exercício Profissional”** apenas existe correlação estatisticamente significativa, positiva e baixa com a dimensão “Trabalho em Equipa” ($r_s=0.136$, $p=0.046$), o que significa que o tempo de exercício profissional, interfere com a perceção que os enfermeiros têm do estilo de liderança “Trabalho em Equipa”.

No que se refere ao **“Tempo no Atual Serviço”** apenas existe correlação estatisticamente significativa, negativa e baixa com a dimensão “Posição de Poder” ($r_s= - 0.155$, $p=0.022$). Assim, conclui-se que o tempo em funções no serviço influencia a perceção dos enfermeiros sobre o estilo de liderança “Posição de Poder”.

O **“Número de Serviços onde Trabalhou”** não evidenciou a existência de qualquer correlação com qualquer das dimensões do “Estilo de Liderança” (Quadro 12).

Quadro 12 - Correlação entre o “Tempo de Exercício Profissional”, o “Tempo no Serviço Atual” e o “N.º de Serviços onde Trabalhou” e a percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe (n=216)

		Tempo de Exercício Profissional	Tempo no Atual Serviço	N.º de Serviços onde Trabalhou
TOTAL DAS DIMENSÕES	r_s	0.060	0.036	-0.113
	p	0.380	0.602	0.100
Relacionamento Interpessoal	r_s	0.084	0.051	-0.083
	p	0.216	0.452	0.227
Grau de Estruturação da Tarefa	r_s	0.010	0.048	-0.113
	p	0.888	0.486	0.100
Posição de Poder	r_s	-0.085	-0.155	-0.071
	p	0.213	0.022*	0.300
Trabalho em Equipa	r_s	0.136	0.094	-0.106
	p	0.046*	0.468	0.122

* Correlação significativa ($p < 0,05$)

Ao analisar os resultados, verifica-se que o tempo de exercício profissional interfere na percepção que os enfermeiros têm do estilo de liderança do chefe quanto ao “Trabalho em Equipa. Simultaneamente, também se verifica que o Tempo no Atual Serviço, também interfere na percepção que os enfermeiros têm do estilo de liderança do enfermeiro chefe quanto à “Posição de Poder”.

Alguns autores concordam com estes resultados, entre eles salienta-se Alves et al. (2010) aquando do seu estudo em que concluem que em relação ao estilo de liderança, consoante aumenta o tempo de serviço dos enfermeiros, estes tendem a ter uma maior percepção para o estilo de liderança orientado para o relacionamento e, simultaneamente há uma relação estreita entre o tempo de exercício profissional e o estilo de liderança percecionado.

Ainda de forma a responder à questão de investigação apresentada, elaborou-se a hipótese de investigação apresentada a seguir.

Hipótese 8: A percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe difere consoante a “Categoria Profissional” dos enfermeiros.

No que concerne à influência da variável “**Categoria Profissional**” na percepção do estilo de liderança (Quadro 14), verifica-se através do teste de H de Kruskal-Wallis que existe diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$) com o “Total das Dimensões” e todas as dimensões à exceção da “Posição de Poder”.

Em suma, existe evidência estatística para afirmar que a Categoria Profissional dos enfermeiros interfere com a percepção dos mesmos sobre o estilo de liderança dos enfermeiros chefes.

Quadro 13 - Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à Percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe em função da variável “Categoria Profissional” do enfermeiro (n=216)

	Categoria Profissional	n	χ^2	P
TOTAL DAS DIMENSÕES	Enfermeiro	102	8.587	0.014*
	Enfermeiro Graduado	72		
	Enfermeiro Especialista	42		
Relacionamento Interpessoal	Enfermeiro	102	7.418	0.025*
	Enfermeiro Graduado	72		
	Enfermeiro Especialista	42		
Grau de Estruturação da Tarefa	Enfermeiro	102	7.043	0.030*
	Enfermeiro Graduado	72		
	Enfermeiro Especialista	42		
Posição de Poder	Enfermeiro	102	4.942	0.085
	Enfermeiro Graduado	72		
	Enfermeiro Especialista	42		
Trabalho em Equipa	Enfermeiro	102	11.879	0.003*
	Enfermeiro Graduado	72		
	Enfermeiro Especialista	42		

* Correlação significativa ($p < 0,05$)

A justificação para os resultados encontrados está relacionada, com a frequência com que os enfermeiros especialistas apresentam uma relação próxima com o seu chefe, tendo muitas vezes turnos similares, substituindo-o em algumas atividades, aquando da sua ausência. Assim, o facto de conviverem e trabalharem em proximidade, justifica que consigam compreender o modo de gestão/liderança do enfermeiro chefe e conseqüentemente, isso seja um fator que interfira na percepção que esses enfermeiros têm relativamente ao estilo de liderança do enfermeiro chefe.

De forma a tentar perceber se o “**Tipo de Vínculo na Instituição**” está correlacionado com a percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe, formulou-se a hipótese que se apresenta a seguir.

Hipótese 9: A percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe difere consoante o “Tipo de Vínculo na Instituição” dos enfermeiros.

Quanto ao “Tipo de Vínculo na Instituição” (Quadro 14)⁶, e recorrendo ao teste de Mann-Whitney, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$), nem para o Total das Dimensões, nem para qualquer dimensão. Não existe assim, evidência estatisticamente significativa para afirmar que o tipo de vínculo dos enfermeiros na instituição influencia a percepção destes a respeito do estilo de liderança dos seus chefes.

Quadro 14 - Resultados do teste de Mann-Whitney à Percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe em função da variável “Tipo de Vínculo” do enfermeiro (n=216)

	Tipo de vínculo	n	Z	P
TOTAL DAS DIMENSÕES	Nomeação definitiva CIT	97 115	-0.491	0.623
Relacionamento Interpessoal	Nomeação definitiva CIT	97 115	-0.738	0.460
Grau de Estruturação da Tarefa	Nomeação definitiva CIT	97 115	-0.185	0.854
Posição de Poder	Nomeação definitiva CIT	97 115	-1.896	0.058
Trabalho em Equipa	Nomeação definitiva CIT	97 115	-1.646	0.100

De igual forma, para tentar perceber se há correlação entre a variável “Serviço Pretendido” e entre o estilo de liderança percebido, formulou-se a hipótese que de seguida se apresenta.

Hipótese 10: A percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe difere consoante o enfermeiro “Se Encontra no Serviço Pretendido” ou não.

Para testar a influência da variável “Serviço Pretendido”, utilizou-se o teste de Mann-Whitney (Quadro 17), através do qual se verificou que não se verificam diferenças estatisticamente significativa ($p > 0.05$) entre esta variável e as dimensões em análise.

⁶ - Dado que relativamente ao Tipo de vínculo na Instituição existiam apenas 4 sujeitos (conforme Anexo IV), optou-se por testar a variável “Tipo de Vínculo” sem o referido grupo.

Quadro 15 - Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à Percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe em função da variável do “Serviço Pretendido” pelo enfermeiro (n=216)

	Serviço pretendido	n	Z	P
TOTAL DAS DIMENSÕES	Sim	188	-0.211	0.833
	Não	28		
Relacionamento Interpessoal	Sim	188	-0.442	0.659
	Não	28		
Grau de Estruturação da Tarefa	Sim	188	-0.370	0.711
	Não	28		
Posição de Poder	Sim	188	-0.722	0.470
	Não	28		
Trabalho em Equipa	Sim	188	-0.664	0.507
	Não	28		

Relativamente ao número de serviços onde o enfermeiro trabalhou, tipo de vínculo com a instituição e se exerce funções no serviço pretendido verificou-se que não há qualquer correlação estatisticamente significativa com qualquer subescala do “estilo de liderança”, ou seja, estes fatores não são preponderantes na percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe.

CONCLUSÃO

Este trabalho de investigação apresenta-se no âmbito da tese de mestrado em Gestão e Administração Pública, do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro e surge com o objetivo de conhecer qual o estilo de liderança dos enfermeiros chefes, percecionado pelos enfermeiros, analisando se existe coincidência entre esses estilos.

Inicialmente efetuou-se uma análise sobre a liderança nas várias perspetivas e teorias, estudando-se simultaneamente a importância da liderança no contexto da enfermagem, salientando o papel dos enfermeiros chefes enquanto líderes de enfermagem.

No âmbito da temática proposta definiram-se cinco questões de investigação, aos quais se associaram hipóteses, a saber:

- Qual o estilo de liderança, dos enfermeiros chefes, percecionado pelos enfermeiros?
- Qual o estilo de liderança, dos enfermeiros chefes, idealizado pelos enfermeiros?
- Há correlação entre o estilo de liderança dos enfermeiros chefes percecionado e idealizado pelos enfermeiros?
- Existe correlação entre os fatores sociodemográficos dos enfermeiros e a sua perceção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe?
- Existe correlação entre os fatores socioprofissionais dos enfermeiros e a sua perceção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe?
- Hipótese 1: Existe correlação entre o estilo de liderança dos enfermeiros chefes percecionado e idealizado pelos enfermeiros.
- Hipótese 2: Existe correlação entre a “Idade” dos enfermeiros e a sua perceção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe.
- Hipótese 3: A perceção do estilo de liderança do enfermeiro chefe difere consoante o “Género” dos enfermeiros.
- Hipótese 4: A perceção do estilo de liderança do enfermeiro chefe difere consoante as “Habilitações Académicas” dos enfermeiros.

- Hipótese 5: Existe correlação entre o “Tempo de Exercício Profissional” dos enfermeiros e a sua perceção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe.
- Hipótese 6: Existe correlação entre o “Tempo no Atual Serviço” dos enfermeiros e a sua perceção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe.
- Hipótese 7: Existe correlação entre o “Número de Serviços onde Trabalhou” dos enfermeiros e a sua perceção sobre o estilo de liderança do enfermeiro chefe.
- Hipótese 8: A perceção do estilo de liderança do enfermeiro chefe difere consoante a “Categoria Profissional “dos enfermeiros.
- Hipótese 9: A perceção do estilo de liderança do enfermeiro chefe difere consoante o “Tipo de Vínculo na Instituição” dos enfermeiros.
- Hipótese 10: A perceção do estilo de liderança do enfermeiro chefe difere consoante o enfermeiro “Se Encontra no Serviço Pretendido”.

Considerando-se o objetivo proposto, optou-se pela utilização de uma metodologia quantitativa, através da aplicação de um questionário aos enfermeiros do Centro Hospitalar Baixo Vouga – Unidade Aveiro. A amostra constituiu-se por 216 enfermeiros.

Conclusões

Após a análise dos dados e discussão dos resultados, podemos apresentar em síntese, as seguintes conclusões:

- Não há um estilo de liderança dos enfermeiros chefes predominante, percecionado pelos enfermeiros;
- Não há um estilo de liderança dos enfermeiros chefes, idealizado pelos enfermeiros;
- Existe correlação entre a perceção dos enfermeiros relativamente ao estilo de liderança apresentado pelos enfermeiros chefes e a sua idealização quanto ao estilo de liderança;
- Em relação aos fatores sociodemográficos, apenas existe correlação em relação à idade, ou seja, a idade interfere na perceção que os enfermeiros têm em relação ao estilo de liderança do enfermeiro chefe. Não existe qualquer relação entre a perceção dos enfermeiros relativamente ao estilo de liderança do enfermeiro chefe e entre o género e as habilitações académicas dos enfermeiros;

- Em relação aos fatores socioprofissionais apenas existe correlação entre a categoria profissional e o tempo de exercício profissional na percepção que os enfermeiros têm do estilo de liderança do enfermeiro chefe. Não existe qualquer relação entre essa percepção e entre o tempo no atual serviço, o número de serviços onde exerceu anteriormente e tipo de vínculo à instituição e serviço pretendido.

Embora estes tenham sido os resultados alcançados verifica-se que os enfermeiros apresentam uma ligeira tendência para percecionarem o estilo de liderança que valoriza o “Grau de Estruturação da Tarefa” seguido com um valor próximo o “Trabalho em Equipa”. Junqueira (2006) obteve resultados semelhantes, em que o estilo de liderança dos enfermeiros chefes está diretamente relacionados com a valorização das regras e procedimentos dos cuidados de enfermagem. Por oposição, surge Dias (2001) que obteve como percepção do estilo de liderança do enfermeiro chefe a relação interpessoal.

Relativamente ao estilo de liderança idealizado verifica-se uma ligeira tendência para o estilo de liderança associado ao “Grau de Estruturação da Tarefa” seguido com um valor próximo o “Trabalho em Equipa”, tal como se verificou anteriormente na percepção do estilo de liderança. Vários autores como Fávero e seus colaboradores (1997), Beccaria e Fávero (2000), Higa e Trevizan (2005) e Amestoy e colaboradores (2012) indicam o estilo de liderança idealizado pelos enfermeiros é caracterizado por ter uma orientação máxima para a produção, simultaneamente máxima para as pessoas. Assim, apesar de neste estudo não haver a idealização de nenhum estilo de liderança, os que tiverem maior relevância foram os estilos considerados ideais, com orientação máxima para a produção e para as pessoas.

Embora as principais conclusões desta investigação não tenham sido as expectáveis, podem ser consideradas relevantes, principalmente para a organização de saúde onde se realizou o estudo, na medida em que refletem o modo como os enfermeiros percecionam a liderança dos seus líderes. Não se verificaram diferenças na percepção e na idealização do estilo de liderança do enfermeiro chefe, ou seja, o que os enfermeiros percecionam é semelhante ao que idealizam e, isso poderá ser indicativo de que as expectativas dos enfermeiros, em relação às práticas de liderança são as esperadas.

Implicações para a Prática Profissional

A realização deste trabalho tem implicações para a prática profissional dos enfermeiros. Por um lado, este trabalho veio demonstrar que é possível um ajustamento entre os estilos de liderança percebido e idealizado, ou seja, é possível coexistir o estilo de liderança que se preconiza, que se ajusta a diferentes contextos e que, simultaneamente, corresponda ao estilo de liderança idealizado pelos enfermeiros. Por outro lado, neste caso, o estilo de liderança que os enfermeiros preferem é direcionado para a concretização da tarefa, sem negligenciar o trabalho em equipa.

Limitações do Estudo

Este trabalho de investigação não se encontra isento de limitações, entre elas destaca-se o contexto próximo da investigadora com o meio onde se efetuou o estudo, o que pode ter causado alguns constrangimentos. Apesar da metodologia da recolha de dados assegurar algum anonimato destacam-se algumas perturbações nas respostas, devido à proximidade dos subordinados e seus chefes.

Constitui-se também como limitação a não identificação do serviço e tipo de serviço onde se aplicou o questionário. Este risco foi um risco calculado, com o intuito de minimizar as resistências em responderem ao questionário, mas teria sido interessante, comparar os diferentes serviços, os diferentes enfermeiros chefes e o tipo de liderança preconizada para cada serviço. Talvez as conclusões alcançadas não fossem as apresentadas neste estudo.

Por fim, ainda como limitação salienta-se a aplicação do questionário ter sido efetuada somente a enfermeiros subordinados. Poderá ter interesse científico comparar as perceções dos enfermeiros chefes com a dos enfermeiros liderados e, simultaneamente comparar e complementar estes dados com resultados obtidos por entrevistas.

Futuras Linhas de Investigação

Como futuras linhas de investigação sugere-se que este estudo seja replicado numa população mais abrangente, para se poderem extrapolar os resultados, dado que a amostra é reduzida a apenas uma organização de saúde.

Também seria de igual modo interessante, desenvolver na mesma organização de saúde, a perceção do líder em relação ao seu estilo de liderança, possibilitando fazer comparações e correlações entre os resultados obtidos e os do presente estudo.

Consciente das limitações apresentadas, em trabalhos futuros espera-se corrigir os pontos fracos e aproveitar as oportunidades proporcionadas por esta investigação, de forma a aperfeiçoar o tipo de análise desenvolvida e os resultados obtidos. É com convicção que este trabalho, desenvolvido no âmbito da liderança em enfermagem, é apenas um ponto de partida para o desenvolvimento de uma investigação mais profunda e com o objetivo de aprofundar o conhecimento nesta área.

BIBLIOGRAFIA

Afonso, P. L. (2009). *Liderança: elementos-chave do processo*. Lisboa: Escolar Editora.

Alves, J. A. d. C., Ribeiro, C., & Campos, S. (2010). Liderança e Enfermagem: Estudo realizado com Enfermeiros Chefes e Especialistas. *Gestão e Desenvolvimento*, 17-18, p.51-71.

Amestoy, S. C., Cestari, M. E., Thofehrn, M. B., & Milbrath, V. M. (2009a). Características que interferem na construção do enfermeiro-líder. *Acta Paul Enferm*, 22(5), p.673-678. Acedido novembro 10, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/12.pdf>

Amestoy, S. C., Cestari, M. E., Thofehrn, M. B., Milbrath, V. M. & Porto, A. R. (2009b). Características Institucionais que Interferem na Liderança do Enfermeiro. *Revista Gaúcha Enferm.*, 30(2), p.214-220. Acedido novembro 10, 2012, em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7723/6678>

Amestoy, S. C., Backes, V. M. S., Trindade, L. L. & Canever, B. P. (2012). Produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 46(1), p.227-233. Acedido junho 22, 2013, em <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40940/44447>

Asanome, C. R. (2001). *Liderança sem seguidores: um novo paradigma*. Dissertação de Doutorado, UFSC - Florianópolis, Brasil. Acedido novembro 10, 2012, em <http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/80190/180081.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Assis, C. I. C. F. (2010). *O Enfermeiro Gestor: que Dificuldades*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. Acedido março 10, 2013, em https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/554/1/msc_vmcprodriques.pdf

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (2009). *O Enfermeiro Gestor*. Acedido janeiro 21, 2013, em <http://apegel.org>

Avolio, B. J., Bass, B. M. & Jung, D. I. (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership Questionnaire. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. Great Britain, 72, p.441-462.

Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Weber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual review of psychology*, 60, p.421-449. Acedido julho 11, 2013, em <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.60.110707.163621>

Balsanelli, A. P., & Cunha, I. C. K. O. (2006). Liderança no Contexto da Enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 40 (1), p.117-122. Acedido novembro 10, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a16v40n1.pdf>

Bass, B. M. (1985). *Leadership and Performance Beyond Expectations*. Free Press.

Bass, B. M. (1990). From Transactional to Transformational Leadership: Learning to Share the Vision. *Organizational Dynamics*. Winter90, 18(3), p.19-31. Acedido julho 11, 2013, em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/009026169090061S>

Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1993). Transformational leadership: A response to critiques. In M. M. Chemers & R. Ayman (Eds), *Leadership theory and research: Perspectives and directions*. New York: Academic Press. p.49-80.

Beccaria, L. M. & Fávero, L. M. (2000). Expectativas de gerentes e Assessores de Enfermagem Quanto ao estilo Gerencial do Diretor Executivo de um Hospital de Ensino. Ribeirão Preto: *Rev. Latino-am.enfermagem*, 8(2), p.83-90. Acedido novembro 12, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12422.pdf>

Bento, A. M. V. (2011). *As Etapas do Processo de Investigação: do Título às Referências Bibliográficas*. Funchal: *Colecção Ideias em Prática*. Universidade da Madeira.

Borges, A. F., & Baylão, A. L. d. S. (2010). Liderança em tempo de mudanças. *Educação Profissional: Ciência e Tecnologia*, 3(2), p.161-168.

Canastra, M. A. A. P., & Ferreira, M. A. D. (2012). Liderar com competência... ou (treinar) competências de liderança. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 1(1), p.77-81.

Carneiro, M. E. F. (2009). *Motivação dos Enfermeiros: Relação com o Comportamento do Chefe da Equipa*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

Carvalho, M. T. G. (2006). *A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Dissertação de Doutoramento, Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e políticas - Universidade de Aveiro, Aveiro.

Carvalho, M. T. G. (2009). *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde - O Profissionalismo numa Encruzilhada* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Centro Hospitalar Baixo Vouga (2014). Missão e Visão [em linha]. *Web site*. Acedido fevereiro, 3, 2014, em <http://www.hip.min-saude.pt/Paginas/MissaoeVisao.aspx>

Centro Hospitalar Baixo Vouga (2014). Organigrama do CHBV [em linha]. *Web site*. Acedido fevereiro, 3, 2014, em <http://www.hip.min-saude.pt/Paginas/Organograma.aspx>

Consulting, B. (2007). *Manual do Formador – Da liderança situacional à liderança transformacional*. Porto.

Corniani, F., Galvão, C. M., Sawada, N. O. (2000). Liderança e Comunicação: Opinião dos Enfermeiros Responsáveis pelos Serviços de Enfermagem de um Hospital Governamental. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 34(4), p.347-353. Acedido novembro 12, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n4/v34n4a05.pdf>

Coutinho, C. P. (2011). Metodologia de *Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

Cruz, M. R. P., Nunes, A., & Pinheiro, P. G. (2010). *Teoria contingencial de Fiedler: aplicação prática da escala Least Preferred Co-Worker (LPC)*. Departamento de Gestão e Economia - Universidade da Beira Interior, Portugal.

Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M. & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, 47(3), p.363-385. Acedido janeiro 15, 2013, em [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(09\)00283-1/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(09)00283-1/abstract)

Dias, C. M. M. (2001). *A liderança em enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Porto.

Dias, B. M. (2013). *Liderança e os Estilos de Líderes*. Maiêutica: Centro Universitário Leonardo da Vinci, 1(1). Acedido março 15, 2014, em <https://publicacao.uniasselvi.com.br/index.php/ctb/article/view/8/7>

D'Oliveira, T. (2002). *TESES E DISSERTAÇÕES – Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. Editora RH, Lda., Lisboa.

Eagly, A. H., Johannesen-Schmidt, M. C. & Engen, M. L. van. (2003) Transformational, Transactional, and Laissez-Faire Leadership Styles: A Meta-Analysis Comparing Women and Men. *Psychological Bulletin*. 129(4), p.569-591. Acedido novembro 12, 2012, em http://is.muni.cz/el/1423/jaro2013/PSY525/um/Clanky_-_transfo/Eagly_03_Transform_Transact_WomenMen.pdf

Farinasso, A. L. C., Vizoni, E., Luz, K. A. & Santos, L. M. R. (2006). Auto-percepção do estilo de liderança exercido por enfermeiros. Universidade Norte do Paraná. *Ciênc. Biol. Saúde*, 8(1), p.11-18.

Fávero, N., Trevizan, M. A., Macedo, J. L., Reis, J. N. & Antunes, A. V. (1997). Estudo da Liderança do Enfermeiro-Chefe Segundo os Referenciais Teóricos de Likert e Blake & Mouton. *O mundo da Saúde*. 21(3), p.160-165. Acedido novembro 12, 2012, em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=191163&indexSearch=ID>

Ferreira, M. M. R. S. D. (2008). *Estratégias de promoção da Autonomia – dos Enfermeiros Chefes aos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Porto.

Ferreira, C. F. C. M. (2010). *A Liderança das Chefias intermédias da Administração Local*. Dissertação de Mestrado, Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas - Universidade de Aveiro, Aveiro.

Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta. Lusociência, Loures.

Fradique, M. J. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade nos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº 10, p.45-53. Acedido março 15, 2014, em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn10/serIIIIn10a06.pdf>

Gaidzinski, R. R., Peres, H. C., & Fernandes, M. d. F. P. (2004). Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, 57 (4), p.464-466. Acedido fevereiro 12, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a15.pdf>

Galvão, C. M., Trevizan, M. A., Sawada, N. O. (1998). A liderança do Enfermeiro no Século XXI: Algumas Considerações. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 32(4), p.302-306. Acedido novembro 12, 2012, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341998000400003

García, I. G., & Santa-Bárbara, E. S. (2009). Relação entre Estilos de Liderança e Bases de Poder das Enfermeiras. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 17 (3). Acedido novembro 12, 2012, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000300003&script=sci_arttext&tlng=pt

Gauthier, B. (2003). *Investigação Social: da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência. 3ª ed.

Gholamisaman, E. (2012). Where the leaders stand in the Iranian prosperous organizations?? *Book of*, 205. Acedido outubro 2, 2013, em [http://www.idosi.org/aejsr/7\(5\)12/6.pdf](http://www.idosi.org/aejsr/7(5)12/6.pdf)

Gonçalves, M. N. d. C. (2008). *Estilos de Liderança*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Graça, L. (1989a). Você é um chefe motivado e satisfeito no seu trabalho? *Dirigir*, Parte I, vol 6, p.18-19.

Graça, L. (1989b). Você é um chefe motivado e satisfeito no seu trabalho? *Dirigir*, Parte II, vol 7, p.42-45.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Higa, E. d. F. R., & Trevizan, M. A. (2005). Os Estilos de Liderança Idealizados pelos Enfermeiros. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 13 (1), p.59-64. Acedido novembro 12, 2012, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100010

Junqueira, M. G. C. A. (2006). *Liderança do enfermeiro chefe e motivação dos enfermeiros subordinados*. Dissertação de Mestrado, Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas - Universidade de Aveiro, Aveiro.

Lanzoni, G. M. M. & Meirelles, B. H. S. (2011). Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 19 (3), p.1-8. Acedido novembro 12, 2012, em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_26.pdf

Lourenço, M. R., & Trevizan, M. A. (2002). Liderança Situacional: Análise de estilo de Enfermeiros-Líderes. *Acta Paul. Enf.*, 15, p.48-52. Acedido novembro 12, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11493.pdf>

Luz, E. D., Silva, R. F. & Avelar, S. A. (2010). Percepção do Enfermeiro sobre seu papel no Exercício da Liderança. *Revista Enfermagem Integrada*. 3(1), p.442-452. Acedido janeiro 12, 2013, em <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/07-percepcao-enfermeiro-sobre-seu-papel.pdf>

Maciel, C. M. F. (2011). *Mudança organizacional e liderança de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território - Universidade de Aveiro, Aveiro.

Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (5ª edição). Pero Pinheiro: ReportNumber.

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (1999). *Administração e liderança em enfermagem - teoria e aplicação* (2ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2005). *Administração e liderança em enfermagem - teoria e aplicação* (4ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Martinez, L. F., & Ferreira, A. I. (2007). *Análise de dados com SPSS: primeiros passos*. Lisboa: Escolar Editora.

Médicos de Medicina Geral e Familiar (2008). *Investigação Passo a Passo – Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.

Melo, R. C. C. P. d. (2011). *Estratégias Promotoras do Desenvolvimento de Competências Relacionais de Ajuda: O Contributo dos Dirigentes*. Dissertação de Doutoramento, Instituto Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

Menezes, M. H. V. F. (2010). *Novos Modelos de Gestão Hospitalar: Liderança e Satisfação Profissional em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

Ministério da Educação – Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 Setembro. Lisboa. Diário da República n.º 206, I Série – A, 1999.

Ministério das Finanças e do Plano dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa – Decreto-Lei n.º 305/81 de 12 de Novembro. Lisboa: Diário da República n.º261, I Série, 1981.

Ministério da Saúde (1988). Decreto Regulamentar n.º 3/88 de 22 de Janeiro. Lisboa: Diário da República n.º18, I Série.

Ministério da Saúde (1991). Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro. Lisboa: Diário da República n.º257, I Série-A.

Ministério da Saúde (1998). Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Lisboa: Diário da República n.º93, I Série-A.

Ministério da Saúde (1998). Decreto-Lei n.º 412/98 de 30 de Dezembro. Lisboa: Diário da República n.º219, I Série-A.

Ministério da Saúde (2009). Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro. Lisboa: Diário da República n.º184, 1ª Série.

Ministério da Saúde (2010). Decreto-Lei n.º 122/2010 de 11 de Novembro. Lisboa: Diário da República n.º219, 1ª Série.

Ministério da Saúde (2011). Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de Março. Lisboa: Diário da República n.º43, 1ª Série.

Ministério da Saúde e Assistência (1971). Decreto-Lei n.º 414/71 de 27 de Setembro. Lisboa: Diário da República n.º 228, I Série.

Motta, K. A. M. B, Munari, D. B., Costa, F. N. (2009). Os Pontos Críticos das Atividades do Enfermeiro-Gestor no Hospital Público. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*. 1(1). Acedido janeiro 12, 2013, em <http://www.crp09.org.br/NetManager/documentos/v1n1a5.pdf>

Moura, G. M. S. S., Inchauspe, J. A. F., Agnol, C. M. D., Magalhães, A. M. M., Hoffmeister, L. V. (2013). Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. *Acta Paul Enferm*, 26(2), p.198-204.

Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures. Lusociência.

Nunes, L. (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Oliveira, A. C. F. d., Paz, A. R. d. A. d., Telles, E. A. d. B., Leite, J. L., & Stipp, M. A. C. (2004). Liderança e Enfermagem: elementos para reflexão. *Rev. Bras Enferm*, 57 (4), p.487-489. Acedido janeiro 12, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a21.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (1996). *REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Dados Estatísticos a 31-12-2013*. Ordem dos Enfermeiros. Departamento de Informática. Lisboa.

Paracha, M. U., Qamar, A., Mirza, A., Inam-ul-Hassan, & Waqas, H. (2012). "Impact of Leadership Style (Transformational & Transactional Leadership) On Employee Performance & Mediating Role of Job Satisfaction" Study of Private School (Educator) in Pakistan. *Global Journal of Management and Business Research*, 12 (4), p.55-64. Acedido dezembro 12, 2013, em <http://connection.ebscohost.com/c/articles/89452140/impact-leadership-style-transformational-transactional-leadership-employee-performance-mediating-role-job-satisfaction-study-private-school-educator-pakistan>

Pereira, A., & Patrício, T. (2013). *SPSS - Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 8ª Edição. Edições Sílabo. Lisboa.

Rego, A. (1998). *Liderança nas Organizações – teoria e prática*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Rego, G. & Nunes, R. (2009). *Hospital Fundação Estatal*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Universidade do Porto, Porto.

Rezende, H. A. (2010). *A liderança transformacional e transaccional e as suas influências nos comportamentos de cidadania organizacional*. Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.

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 janeiro 12, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a14.pdf>

Rosinha, A. J. P. E. (2009). *Conhecimento tácito em contexto militar: (inclusões na promoção do desenvolvimento de competências de comando)*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Lisboa, Lisboa.

Santos, K. M. A. B., Silva, M. J. P. (2003). Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 37 (2),p. 97-108. Acedido janeiro 12, 2013, em

http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Ffreeusp%2Farticle%2Fdownload%2F41345%2F44916&ei=ip8_VNSzC9DgaJbGgcAB&usg=AFQjCNEVQHmntMJtWZ7XHmvz4WLBjilDKQ&sig2=Yn4mEMQB-1nwnr_U9fnVpg

Santos, M. M. R. dos. (2012). *Liderança transformacional e transacional numa organização de saúde: a questão do género*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

Santos, E. (2013). Gestão e Liderança: Uma necessidade de Transformação Comportamental. *Revista Inovação Tecnológica*, São Paulo. 3(1), p.86-96.

Sellgren, S., Ekvall, G., & Tomson, G. (2006). Leadership styles in nursing management: preferred and perceived. *J Nurs Manag*, 14(5), p.348-355. Acedido janeiro 12, 2013, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2934.2006.00624.x/pdf>

Serrano, A. & Fialho, C. (2003). *Gestão do conhecimento. O novo paradigma das organizações*. Lisboa: FCA.

Silva, V. L. S., Camelo, S. H. H. (2013). A competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro. 21 (4), p.533-539. Acedido março 15, 2014, em <http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a19.pdf>

Silva, L. F. d., & Cunha, I. C. K. O. (2005). Liderança em Enfermagem: Conceitos, Evolução e Dificuldades dos Enfermeiros. *Rev. Enferm. UNISA*, 6, p.58-63. Acedido novembro 12, 2012, em <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-10.pdf>

Simões, A. L. A., Fávero, N. (2003). O Desafio da Liderança para o Enfermeiro. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 11(5), p.567-573. Acedido novembro 12, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n5/v11n5a02.pdf>

Sousa, L. B. & Barroso, M. G. T. (2009). Reflexão sobre o Cuidado como essência da Liderança em Enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 13(1), p.181-187. Acedido novembro 12, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a25.pdf>

Souza, L. S. G. & Souza, L. C. (2013). O Papel do Gestor de RH no Desenvolvimento de Lideranças. *Brazil: Cognito/Pós-Graduação Unilins*. Acedido março 15, 2014, em <http://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/11/13>

Souza, L. P. S., Cordeiro, A. L. F., Aguiar, R. N., Santana, J. M. F., Dias, O. V., Vieira, M. A. & Ramos, L. H. (2013). A Liderança na visão de Enfermeiros Líderes. *Enfermería Global*, nº 30, p.281-293. Acedido março 15, 2014, em <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/eglobal.12.2.154801/147301>

Strapasson, M. R. & Medeiros, C. R. G. (2009). Liderança transformacional na enfermagem. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. Brasília. 62 (2), p.228-233. Acedido janeiro 12, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a09v62n2.pdf>

Trindade, L. T., Amestoy, S. C., Muniz, A. L., Blolchi, T., Pires, P., & Backes, V. M. S. (2011). Influencia dos Estilos de Liderança do Enfermeiro nas Relações Interpessoais da Equipe de Enfermagem. *Enfermería Global*. N.º 22, p.1-9. Acedido janeiro 12, 2013, em http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/pt_administracion3.pdf

Vendemiatti, M., Siqueira, E. S., Filardi, F., Binotto, E. Simioni, F. J. (2010). Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15 (1), p.1301-1314. Acedido janeiro 12, 2013, em <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/039.pdf>

ANEXOS

Anexo I –

Pedido de Autorização para Aplicação do Questionário

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO

Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395

sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt

Matricula na Conservatória do Registo Comercial

de Aveiro

Capital Social 40.284.651 €

Pessoa Colectiva n.º 510 123 210

Ex.ma Senhora

Maria Inês Rodrigues E. Santos

Rua Central , n.º5 1.º esq.

3770-201 Oliveira do Bairro

S/ Ref.º	S/ Comunicação de	N/ Ref.º	Aveiro,
		049646	13-01-2013

ASSUNTO: Pedido de autorização para a aplicação de um questionário “Perceção dos Enfermeiros sobre Líderes em Enfermagem” .


Em resposta ao pedido de colaboração, vimos pelo presente informar que se autoriza a aplicação do questionário pretendido.

Quando for dado por concluído o projecto, deverá ser enviado um relatório final ao Serviço de Formação e Investigação deste Centro Hospitalar.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de

Administração



(José Afonso)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ofício tratar só de um assunto.

GM.

Anexo II –

Questionário “Percepção dos Enfermeiros sobre Líderes em Enfermagem”

QUESTIONÁRIO A PREENCHER POR ENFERMEIROS

Inês Santos, aluna do Mestrado em Gestão e Administração Pública, na Universidade de Aveiro, a desenvolver uma tese de Mestrado subordinada ao tema “Perceção dos Enfermeiros sobre a Liderança em Enfermagem”, solicita a sua participação no trabalho, através das suas respostas a este questionário.

A sua participação é voluntária e assume-se a garantia da confidencialidade dos dados e a sua utilização apenas para este fim. O seu preenchimento não ultrapassará os 10 minutos.

Lembramos que não há respostas certas ou erradas, todas serão válidas pelo que deve apenas responder de acordo com a sua opinião. Para cada questão assinale apenas uma única opção.

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1 – Idade: _____ anos 2 - Género : F M

3 - Categoria Profissional:

Enfermeiro(a) Enfermeiro(a) Graduado(a) Enfermeiro (a) Especialista

4 – Habilitações Académicas:

Bacharelato Mestrado Área: _____

Licenciatura Doutoramento

5 - Tempo de exercício profissional: _____ anos _____ meses

6 - Tempo no serviço onde trabalha: _____ anos _____ meses

7 - Número de serviços onde trabalhou anteriormente:

8 - Tipo de vínculo na instituição:

Nomeação definitiva CIT Prestação de Serviços

9 – Atualmente encontra-se no serviço que pretende? Sim Não

PARTE II – ESTILO DE LIDERANÇA

Para cada um dos itens, escolha a resposta que melhor que enquadra com a sua opinião, considerando que:

- 1 – Muito pouco(a) ou nenhum(a);
- 2 – Pouco(a);
- 3 – Nem muito(a), nem pouco(a);
- 4 – Bastante;
- 5 – Muito(a).

Indique, relativamente ao seu Enfermeiro-Chefe:

	1	2	3	4	5
1 - Estabelece metas com os subordinados.					
1.a - Até que ponto existe?					
1.b - Até que ponto deveria existir?					
2 - Aceita as práticas correntes de funcionamento do serviço.					
2.a - Até que ponto existe?					
2.b - Até que ponto deveria existir?					
3 - Ajuda os subordinados a crescer e a desenvolver.					
3.a - Até que ponto existe?					
3.b - Até que ponto deveria existir?					
4 - Compartilha ideias e sentimentos com os subordinados.					
4.a - Até que ponto existe?					
4.b - Até que ponto deveria existir?					
5 - Envolve os subordinados nas decisões que os afetam.					
5.a - Até que ponto existe?					
5.b - Até que ponto deveria existir?					
6 - Preocupa-se com o desenvolvimento pessoal de cada subordinado.					
6.a - Até que ponto existe?					
6.b - Até que ponto deveria existir?					
7 - Resolve construtivamente os conflitos da equipa.					
7.a - Até que ponto existe?					
7.b - Até que ponto deveria existir?					

	1	2	3	4	5
8 - Colabora no trabalho em equipa.					
8.a - Até que ponto existe?					
8.b - Até que ponto deveria existir?					
9 - Valoriza as regras e os procedimentos dos cuidados de enfermagem.					
9.a - Até que ponto existe?					
9.b - Até que ponto deveria existir?					
10 - Sente que os subordinados o respeitam pela posição que ocupa no serviço.					
10.a - Até que ponto existe?					
10.b - Até que ponto deveria existir?					
11 - Sente que os subordinados o vêem como um modelo a seguir.					
11.a - Até que ponto existe?					
11.b - Até que ponto deveria existir?					
12 - Tem a possibilidade de recompensar ou punir diretamente os seus subordinados.					
12.a - Até que ponto existe?					
12.b - Até que ponto deveria existir?					
13 - As suas ordens não cumpridas resultam em penalizações.					
13.a - Até que ponto existe?					
13.b - Até que ponto deveria existir?					
14 - A equipa que lidera, de um modo geral, empenha-se nas tarefas que lhes distribui.					
14.a - Até que ponto existe?					
14.b - Até que ponto deveria existir?					
15 - A equipa que lidera tende a resistir às suas solicitações.					
15.a - Até que ponto existe?					
15.b - Até que ponto deveria existir?					
16 - Possui traços de personalidade que o favorecem na liderança da equipa.					
16.a - Até que ponto existe?					
16.b - Até que ponto deveria existir?					
17 - Demonstra importância na definição de níveis de desempenho da equipa.					
17.a - Até que ponto existe?					
17.b - Até que ponto deveria existir?					

	1	2	3	4	5
18 - Respeita as ideias e sentimentos dos subordinados e ajuda-os nos seus problemas pessoais.					
18.a - Até que ponto existe?					
18.b - Até que ponto deveria existir?					
19 - Valoriza as relações interpessoais.					
19.a - Até que ponto existe?					
19.b - Até que ponto deveria existir?					
20 - Valoriza a qualidade da prestação de cuidados.					
20.a - Até que ponto existe?					
20.b - Até que ponto deveria existir?					
21 - O seu comportamento está relacionado com as características da equipa que chefia.					
21.a - Até que ponto existe?					
21.b - Até que ponto deveria existir?					
22 - Não trata igualmente todos os subordinados.					
22.a - Até que ponto existe?					
22.b - Até que ponto deveria existir?					
23 - Tem um grupo de subordinados com o qual se relaciona melhor.					
23.a - Até que ponto existe?					
23.b - Até que ponto deveria existir?					
24 - Costuma facilitar orientações à equipa para que cumpram as regras e procedimentos que estipula.					
24.a - Até que ponto existe?					
24.b - Até que ponto deveria existir?					
25 - Preocupa-se com o bem-estar dos seus subordinados.					
25.a - Até que ponto existe?					
25.b - Até que ponto deveria existir?					
26 - Solicita, recebe e utiliza as sugestões dos subordinados para tomar decisões.					
26.a - Até que ponto existe?					
26.b - Até que ponto deveria existir?					
27 - Gosta de definir objetivos desafiantes para os subordinados, esperando que os atinjam ao mais alto nível.					
27.a - Até que ponto existe?					
27.b - Até que ponto deveria existir?					

	1	2	3	4	5
28 - Toma as decisões sempre sozinho.					
28.a - Até que ponto existe?					
28.b - Até que ponto deveria existir?					
29 - Tomas as decisões conjuntas resultantes de reuniões da equipa.					
29.a - Até que ponto existe?					
29.b - Até que ponto deveria existir?					
30 - Tem uma visão de futuro atraente para o serviço.					
30.a - Até que ponto existe?					
30.b - Até que ponto deveria existir?					

Adaptado de Graça (1989a), Graça (1989b) e Junqueira (2006).

Muito obrigado pela atenção disponibilizada!

Anexo III –

Consentimento Informado



Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território
Mestrado em Gestão e Administração Pública
“Perceção dos Enfermeiros sobre a Liderança em Enfermagem”

CONSENTIMENTO INFORMADO

Inês Santos, aluna do Mestrado em Gestão e Administração Pública, na Universidade de Aveiro, a desenvolver uma tese de Mestrado subordinada ao tema “Perceção dos Enfermeiros sobre a Liderança em Enfermagem”, tem como objetivo conhecer o estilo de liderança dos enfermeiros-chefes, percecionado pelos enfermeiros e saber se existe coincidência com o estilo de liderança desejado.

Neste sentido, solicita a sua participação no estudo, através das suas respostas a este questionário, assegurando que são cumpridos determinados aspetos:

- a sua participação consta apenas no preenchimento de um questionário;
- a sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento;
- estão garantidos as condições de anonimato e de confidencialidade, pois os dados apenas serão usados para o desenvolvimento desta investigação;
- não se preveem qualquer custo ou risco associado;
- se entender necessitar de esclarecimentos poderá contactar a autora do estudo para inesesteves@ua.pt

Obrigado pela sua colaboração.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, abaixo assinado, concordo em colaborar neste estudo, tendo sido informado sobre o sigilo dos dados contidos no questionário.

A minha participação é voluntária e poderei a qualquer momento interromper a participação no estudo.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Anexo IV –

Resultado teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk

Resultado da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para avaliação da normalidade (n=216)

Dimensões e total da escala	Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk	
	Estatística	p	Estatística	p
Total da escala	0,066	0.023	0.973	0.000
Relacionamento Interpessoal	0,087	0.000	0.976	0.001
Grau de Estruturação da Tarefa	0,097	0.000	0.969	0.000
Posição de Poder	0,139	0.000	0.966	0.000
Trabalho em Equipa	0,114	0.000	0.979	0.003

^a. Lilliefors Significance Correction

Anexo V –

Tabela Global de Dados quanto à Percepção e Idealização dos Enfermeiros

Tabela global de dados quanto à percepção e idealização dos enfermeiros em relação ao estilo de liderança do enfermeiro chefe (n=216)

	PERCEÇÃO VS IDEALIZAÇÃO									
	Médias e Desvio Padrão				Frequências e Percentagens					
	Até que ponto existe?		Até que ponto devia existir?		Discordo (1 +2)		Não Concordo, nem Discordo (3)		Concordo (4+5)	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	f	%	f	%	f	%
Total das Dimensões	3.42	0.63	4.10	0.34	14 vs 0	6.5% vs 0.0%	92 vs 3	42.6% vs 1.4%	110 vs 213	50.9% vs 98.6%
Relacionamento Interpessoal	3.36	0.72	4.08	0.43	22 vs 0	10.2% vs 0.0%	99 vs 18	45.8% vs 8.3%	95 vs 198	44.0% vs 91.7%
4 - Compartilha ideias e sentimentos com os subordinados.	3.56	0.96	4.15	0.67	29 vs 1	13.4% vs 0.5%	60 vs 32	27.8% vs 14.8%	127 vs 183	58.8% vs 84.7%
6 - Preocupa-se com o desenvolvimento pessoal de cada subordinado.	3.31	1.00	4.25	0.62	39 vs 1	18.1% vs 0.5%	83 vs 18	38.4% vs 8.3%	94 vs 197	43.5% vs 91.2%
18 - Respeita as ideias e sentimentos dos subordinados e ajuda-os nos seus problemas pessoais	3.60	1.04	4.22	0.68	28 vs 1	12.9% vs 0.5%	63 vs 26	29.2% vs 12.0%	125 vs 189	57.9% vs 87.5%
19 - Valoriza as relações interpessoais	3.75	1.00	4.32	0.61	24 vs 0	11.1% vs 0.0%	42 vs 16	19.4% vs 7.4%	150 vs 200	69.5% vs 92.6%
21 - O seu comportamento está relacionado com as características da equipa que chefia.	3.52	1.03	3.97	0.83	30 vs 10	13.9% vs 4.6%	61 vs 39	28.2% vs 18.1%	125 vs 167	57.9% vs 78.3%
22 - Não trata igualmente todos os subordinados.*	<u>2.93</u>	1.24	3.50	1.55	89 vs 71	41.2% vs 32.9%	66 vs 21	30.6% vs 9.7%	61 vs 124	28.3% vs 57.4%
23 - Tem um grupo de subordinados com o qual se relaciona melhor.*	2.42	1.05	3.64	1.16	128 vs 33	59.3% vs 15.3%	60 vs 65	27.8% vs 30.1%	28 vs 118	<u>12.8%</u> vs <u>54.6%</u>
25 - Preocupa-se com o bem-estar dos seus subordinados	3.73	0.95	4.41	0.58	19 vs 1	8.8% vs 0.5%	57 vs 7	26.4% vs 3.2%	140 vs 208	64.8% vs 96.3%
26 – Solicita, recebe e utiliza as sugestões dos subordinados para tomar decisões.	3.43	0.96	4.28	0.62	36 vs 0	16.7% vs 0.0%	61 vs 20	28.2% vs 9.3%	119 vs 196	55.1% vs 90.7%

Grau de Estruturação da Tarefa	3.61	0.70	4.25	0.40	14 vs 0	6.5% vs 0.0%	69 vs 5	31.9% vs 2.3%	133 vs 211	61.6% vs 97.7%
1 - Estabelece metas com os subordinados.	3.28	1.01	4.09	0.71	42 vs 3	19.4% vs 1.4%	73 vs 33	33.8% vs 15.3%	101 vs 180	46.8% vs 83.3%
2 - Aceita as práticas correntes de funcionamento do serviço.	3.68	0.71	3.99	0.68	14 vs 5	6.5% vs 2.3%	59 vs 35	27.3% vs 16.2%	143 vs 176	66.2% vs <u>81.5%</u>
9 - Valoriza as regras e os procedimentos dos cuidados de enfermagem.	3.96	0.93	4.50	0.56	16 vs 0	7.4% vs 0.0%	35 vs 7	16.2% vs 3.2%	165 vs 209	76.4% vs 96.8%
14 - A equipa que lidera, de um modo geral, empenha-se nas tarefas que lhes distribui.	3.81	0.78	4.28	0.59	15 vs 2	7.0% vs 0.9%	42 vs 10	19.4% vs 4.6%	159 vs 204	73.7% vs 94.5%
17 - Demonstra importância na definição de níveis de desempenho da equipa	3.50	0.93	4.12	0.65	25 vs 0	11.6% vs 0.0%	71 vs 35	32.9% vs 16.2%	120 vs 181	55.5% vs 83.8%
20 - Valoriza a qualidade da prestação de cuidados	3.95	1.05	4.62	0.52	21 vs 0	9.8% vs 0.0%	34 vs 3	15.7% vs 1.4%	161 vs 213	74.5% vs 98.6%
24 - Costuma facilitar orientações à equipa para que cumpram as regras e procedimentos que estipula.	3.68	0.90	4.23	0.68	18 vs 4	8.3% vs 1.9%	58 vs 19	26.9% vs 8.8%	140 vs 193	64.9% vs 89.3%
27 - Gosta de definir objetivos desafiantes para os subordinados. esperando que os atinjam ao mais alto nível.	3.37	1.03	4.14	0.69	39 vs 2	18.1% vs 0.9%	71 vs 32	32.9% vs 14.8%	106 vs 182	49.0% vs 84.3%
30 - Tem uma visão de futuro atraente para o serviço.	3.26	1.14	4.31	0.65	51 vs 0	23.6% vs 0.0%	67 vs 22	31.0% vs 10.2%	98 vs 194	<u>45.3%</u> vs 89.8%
Posição de Poder	3.19	0.66	3.75	0.60	23 vs 5	10.6% vs 2.3%	128 vs 66	59.3% vs 30.6%	65 vs 145	30.1% vs 67.1%
10 - Sente que os subordinados o respeitam pela posição que ocupa no serviço.	3.81	0.87	4.34	0.78	17 vs 6	7.9% vs 2.8%	46 vs 15	21.3% vs 6.9%	153 vs 195	70.8% vs 90.3%
11 - Sente que os subordinados o vêm como um modelo a seguir.	3.19	0.98	4.08	0.70	42 vs 1	19.4% vs 0.5%	90 vs 42	41.7% vs 19.4%	84 vs 173	38.9% vs 80.1%
12 - Tem a possibilidade de recompensar ou punir diretamente os seus	3.20	0.96	3.54	1.01	38 vs 31	17.5% vs 14.4%	95 vs 57	44.0% vs 26.4%	83 vs 128	38.5% vs 59.2%

subordinados.										
13 - As suas ordens não cumpridas resultam em penalizações.	<u>2.58</u>	1.04	<u>3.04</u>	1.05	91 vs 55	42.1% vs 25.5%	89 vs 82	41.2% vs 38.0%	36 vs 79	<u>16.7%</u> vs <u>36.5%</u>
15 - A equipa que lidera tende a resistir às suas solicitações.*	3.46	0.96	<u>3.48</u>	1.19	32 vs 42	14.8% vs 19.5%	76 vs 60	35.2% vs 27.8%	108 vs 114	50.0% vs 52.7%
Trabalho em Equipa	3.39	0.78	4.23	0.41	30 vs 0	13.9% vs 0.0%	81 vs 5	37.5% vs 2.3%	145 vs 211	67.1% vs 97.7%
3 - Ajuda os subordinados a crescer e a desenvolver.	3.47	1.04	4.38	0.58	36 vs 0	16.7% vs 0.0%	63 vs 11	29.2% vs 5.1%	117 vs 205	54.1% vs 94.9%
5 - Envolve os subordinados nas decisões que os afetam.	3.38	1.08	4.32	0.62	43 vs 1	19.9% vs 0.5%	65 vs 15	30.1% vs 6.9%	108 vs 200	50.0% vs 92.6%
7 - Resolve construtivamente os conflitos da equipa.	3.38	1.03	4.41	0.62	42 vs 1	19.5% vs 0.5%	64 vs 9	29.6% vs 4.2%	110 vs 206	51.2% vs 95.3%
8 - Colabora no trabalho em equipa.	3.43	1.11	4.34	0.60	47 vs 0	21.8% vs 0.0%	53 vs 14	24.5% vs 6.5%	116 vs 202	53.7% vs 93.5%
16 - Possui traços de personalidade que o favorecem na liderança da equipa	3.56	1.07	4.25	0.64	32 vs 0	14.8% vs 0.0%	62 vs 24	28.7% vs 11.1%	122 vs 192	56.5% vs 88.9%
28 - Toma as decisões sempre sozinho.*	3.22	0.97	3.62	1.16	48 vs 36	22.2% vs 16.7%	84 vs 59	38.9% vs 27.3%	84 vs 121	<u>38.9%</u> vs <u>56.0%</u>
29 - Tomas as decisões conjuntas resultantes de reuniões da equipa	3.32	1.00	4.32	0.64	43 vs 2	19.9% vs 0.9%	70 vs 15	32.4% vs 6.9%	103 vs 199	47.7% vs 92.1%

* - Indicadores invertidos

Anexo VI –

Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à Percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe em função da variável “Habilitações Académicas”

Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à Percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe em função da variável “Habilitações Académicas” do enfermeiro (n=216)

	Habilitações Académicas	n	χ^2	P
TOTAL DAS DIMENSÕES	Bacharelato	4	0.491	0.783
	Licenciatura	189		
	Mestrado	23		
Relacionamento Interpessoal	Bacharelato	4	0.921	0.631
	Licenciatura	189		
	Mestrado	23		
Grau de Estruturação da Tarefa	Bacharelato	4	1.004	0.605
	Licenciatura	189		
	Mestrado	23		
Posição de Poder	Bacharelato	4	0.213	0.899
	Licenciatura	189		
	Mestrado	23		
Trabalho em Equipa	Bacharelato	4	0.428	0.807
	Licenciatura	189		
	Mestrado	23		

Anexo VII –

Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à Percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe em função da variável “Tipo de Vínculo”

- Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à Percepção do “Estilo de Liderança” do Enfermeiro Chefe em função da variável “Tipo de Vínculo” do enfermeiro (n=216)

	Tipo de Vínculo	n	χ^2	P
TOTAL DAS DIMENSÕES	Nomeação definitiva	97	0.295	0.863
	CIT	115		
	Prestação de Serviços	4		
Relacionamento Interpessoal	Nomeação definitiva	97	0.713	0.700
	CIT	115		
	Prestação de Serviços	4		
Grau de Estruturação da Tarefa	Nomeação definitiva	97	0.275	0.872
	CIT	115		
	Prestação de Serviços	4		
Posição de Poder	Nomeação definitiva	97	3.596	0.166
	CIT	115		
	Prestação de Serviços	4		
Trabalho em Equipa	Nomeação definitiva	97	2.770	0.250
	CIT	115		
	Prestação de Serviços	4		