



Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões
Departamento de Ciências Económicas e Empresarias e Tecnológicas

Mestrado em Gestão de Empresas
Especialidade em Planeamento e Estratégico Empresarial

O Impacto da Liderança no Desempenho de Equipas de Enfermagem

Mestrando: Kaim das Neves Ntieku

Orientadora: Prof^ª. Doutora Denise Capela dos Santos

Lisboa, dezembro 2014

O Impacto da Liderança no Desempenho de Equipas de Enfermagem

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Empresas,
Especialidade em Planeamento e Estratégia Empresarial

Mestrando: Kaim das Neves Ntieku

Orientadora: Prof^ª. Doutora Denise Capela dos Santos

Lisboa, dezembro 2014

DEDICATÓRIA

Dedico o presente trabalho aos meus queridos pais, família, amigos e colegas, que tanto me ajudaram e apoiaram para que o sonho seja hoje uma realidade. Bem hajam!

Reflexões

Definir a liderança é como a beleza: difícil de definir mas fácil de reconhecer

(Bennis, s.d.)

Liderança é o processo de influenciar as atividades de um grupo organizado em direção à realização de um objetivo

(Rauch e Belhing, 1984: 46)

Agradecimentos

Os agradecimentos são carregados de emoção e muitas vezes carregamos o risco de cometer pequenas injustiças. Mesmo assim, não posso deixar de expressar os meus vivos agradecimentos às pessoas especiais que me acompanham nesta empreitada.

Em primeiro lugar, agradeço ao meu Onnipotente Deus, todo-poderoso, por tudo que tem feito na minha vida.

Um agradecimento muito especial vai para a minha orientadora, Prof.^a Doutora Denise Capela dos Santos, pela dedicação, apoio e pela paciência na orientação que tanto contribuiu concretização desta dissertação.

Aos meus Pais Mendes Alfredo Neves e Isaura Maria de Abreu Neves, aos meus irmãos, por me incentivarem e ajudarem durante todo o meu período acadêmico, por me acompanharem até o fim desde o trabalho, e por compartilharem comigo as angústias e as vitórias.

À minha namorada, Sílvia da Silva, que me incentivou, deu força e também ajuda constante com as suas orações, sempre que me sentia desalentado e triste, animando-me diante das dificuldades. Agradeço igualmente ao meu tio Augusto Neves João Tiago pelo apoio incondicional e pela sua mão aberta.

Desejo também agradecer aos meus colegas, pelos momentos alegres que me proporcionaram durante o tempo realização deste do Curso de Mestrado, em que me encontrei longe dos meus Pais e da minha família.

A todos os que facilitaram o meu trabalho de campo nesta pesquisa, em especial, aos entrevistados, enfermeiros, enfermeiros-chefes, e diretoras de enfermagem, fica aqui expressa a minha gratidão pela ajuda e colaboração. Por último agradeço a todos aqueles, que de uma forma ou de outra, para a realização desta Dissertação.

Ao meu querido pai e à minha querida mãe que acreditam no meu valor e estão sempre lá quando mais ninguém está...

À minha namorada, Eng.^a Sílvia da Silva, pelo companheirismo, afeto, apoio incondicional.

Por último, a todos os meus amigos, em particular, ao Dr. António Marcelino Taty, meu ponto de referência. Ao Eng^o Alberto Cabongo, companheiro, irmão, amigo e a minha fonte de mimos, ao Jurista Randy Neuala Ntieku, minha estabilidade, meu ouvinte. Ao Prof. André

Rafael Sampaio, que de longe está sempre perto, Ao Dr. José Fernando Ventura Lumona, meu amigo, irmão, primo, meu gémeo, ao longo destes anos que partilha do mesmo teto... as aventuras, os sonhos e as concretizações. Ao Dr. Alfredo Neves Ntieku, pelo apoio incondicional, ao Prof. Nsalambi Nanga Nsenga, pela coragem e pelas palavras de incentivo, ao Dr. George Ramos, pela amizade. Ao Dr. João Baptista (Jajão), pelo apoio e amizade. Ao Técnico Sebastião Donquele, amigo, colega e companheiro de longa data, desde o ensino primário. Ao Dr. Augusto Mateus (Químico) o meu brigado pelo carinho amigo de longa data. À Gestora Felismina Gongga, pelo apoio, amizade, conforto e muita fraternidade. À Gestora Fulgência Quintal, por ser a minha amiga dos debates. À Gestora Elsa Tito (Eva) pela amizade e carinho. À Jurista Melinda Das Neves Ntieku pela esperança, fidelidade e palavras meigas.

Graças a vocês cheguei onde estou hoje!

Resumo

O presente estudo aborda o impacto da Liderança no desempenho das equipas de enfermagem em Portugal. Tem por base um contexto específico da Economia, sendo de referir que nos últimos anos o mundo e em específico Portugal passaram por uma grave crise económica que levou a que os países se vissem obrigados a implementar reformas que, vieram afetar de forma significativa a vida pessoal e profissional das pessoas. Estas reformas passaram na sua maioria pela contenção orçamental isto é, uma série de cortes foram aplicados levando a que algumas áreas se vissem numa situação difícil. No caso da saúde em Portugal, verificou-se uma contenção clara no imediato sem que fossem avaliados os impactos que esta contenção pode ter no futuro, bem como os seus custos.

O presente trabalho tem por objetivo geral o Estudo do impacto da liderança do enfermeiro-chefe no desempenho na equipa de enfermagem. Sendo os principais objetivos específicos, compreender o conceito de liderança e o seu impacto na enfermagem, definir o papel do enfermeiro líder e as suas funções e sugerir melhorias nestas mesmas funções contribuindo para a melhoria dos serviços.

O estudo empírico foi efetuado em dois hospitais portugueses, junto de uma população de 80 enfermeiros, para a qual se obteve uma taxa de resposta de 30% aos questionários utilizados para obter as informações pretendidas.

Com as necessárias reservas, atendendo à pequena dimensão da amostra, confirma-se que a liderança tem impacto positivo no desempenho das equipas de enfermagem e que a comunicação entre os enfermeiros-chefes e as respetivas equipas tem um papel primordial para o bom desempenho. Os resultados do estudo estão em linha com a literatura revista e os estudos anteriores, com exceção das hipóteses referentes à motivação. A importância deste estudo para a gestão encontra-se nas implicações que surgem da análise dos resultados e respetivas conclusões: a liderança orientada a um bom desempenho da equipa de enfermagem, implica adequação do perfil do líder à situação de liderança, existindo a necessidade, de aprimorar o processo de recrutamento e seleção dos enfermeiros com melhor perfil para assumirem os cargos de chefia e de liderança.

Palavras-Chave: liderança, motivação, comunicação, enfermagem, resiliência.

Abstract

This study addresses the impact of leadership in the performance of nursing teams in Portugal. It is based on a specific context of Economy, and we noted that in recent years the world and in specific Portugal went through a severe economic crisis that led to the countries found themselves obliged to implement reforms that came affect significantly the personal and professional life. These reforms passed mostly by fiscal restraint that is, a series of cuts were applied leading to some areas found themselves in a difficult situation. In the case of health in Portugal, a clear containment was found immediately without being evaluated the effects that this containment can have in the future as well as its costs.

This work has the objective to study the impact of the head nurse leadership in performance in the nursing team. Being the main specific goals, understand the concept of leadership and its impact on nursing, defining the role of nurse leader and its functions and suggest improvements in these same functions contributing to the improvement of services.

The empirical study was done in two Portuguese hospitals, with a population of 80 nurses, for which it obtained a response rate of 30% to the questionnaires used to obtain the desired information.

Based on the literature review and the empirical study conducted, with the required reserves, given the small sample size, it is confirmed that the leadership has a positive impact on the performance of nursing teams and that communication between nurses-chiefs and their respective teams have a key role to the performance. The results of the study are in line with the reviewed literature and previous studies, except for cases related to motivation. The importance of this study for managing up is the implications that arise from the analysis of the results and respective conclusions: leadership oriented to a good performance of the nursing team, implies adaptation of the leader's profile to the leadership situation, there is a need to improve the nurses' process of recruitment and selection with the definition of the better profile to assume positions of leadership and leadership.

Keywords: leadership, motivation, communication, nursing, resilience.

Índice

Índice das Figuras	5
Índice dos Gráficos.....	5
Índice das Tabelas.....	5
Lista das abreviaturas e siglas	7
Capítulo I - Introdução.....	8
1. Delimitação do Tema	9
2. Justificação da escolha do Tema	9
3. Importância de investigar o tema	10
4. Problema.....	11
5. Objetivo Geral e Objetivos Específicos	12
Objetivo Geral	12
Objetivos específicos.....	12
6. Conceitos e Definições.....	13
7. Estrutura do trabalho.....	14
Capítulo II – Enquadramento Teórico	15
1. Marcos históricos na profissão de enfermagem.....	15
2. Liderança	17
2.1. Estilos e Modelos Liderança	19
3. Motivação.....	20
4. Organização hospitalar	23
5. Gestão profissional	27
6. Gestão de Topo	29
7. A situação da gestão portuguesa	30
8. Fatores intervenientes na qualidade e na satisfação no trabalho.....	31
9. Comunicação.....	32
10. Resiliência.....	33
11. Competências Técnicas.....	34
11.1. Noção das competências do enfermeiro	35
12. Satisfação e desempenho de uma equipa de enfermagem.....	37
13. Importância da liderança em equipas de enfermagem.....	38
14. Desempenho.....	40

15. Modelo conceptual.....	41
Capítulo III – Metodologia	44
1. Tipo de Estudo	44
2. Amostra em Estudo	45
3. Instrumento de Recolha de Dados	45
4. Consistência Interna dos questionários	46
5. Coeficientes de correlação	47
Capítulo IV – Apresentação e Análise dos Dados	48
1. Apresentação dos Resultados.....	48
2. Análise descritiva dos instrumentos utilizados.....	50
3. Fiabilidade dos itens do questionário dos enfermeiros.....	55
4. Teste das Hipóteses	60
a. Correlações Enfermeiros-Chefe	60
b. Correlações Enfermeiros.....	65
Capítulo V - Conclusões.....	77
1. Considerações finais	77
2. Limitações ao Estudo e Sugestão de Investigações Futuras.....	80
3. Implicações do trabalho para a gestão	81
Referências bibliográficas.....	83
ANEXOS.....	95
Hospital Dona Estefânia	108
Hospital São José	109

Índice das Figuras

Figura 1 – Modelo conceptual	42
---	-----------

Índice dos Gráficos

Gráfico 1: Distribuição dos enfermeiros pelos Hospitais	48
Gráfico 2: Distribuição por género	48
Gráfico 3: Distribuição por idade	49
Gráfico 4: Distribuição da experiência laboral dos enfermeiros-chefes.....	49
Gráfico 5: Distribuição da experiência laboral dos enfermeiros-chefes.....	50

Índice das Tabelas

Tabela 1: Análise descritiva do questionário dos enfermeiros-chefes	51
Tabela 2: Análise descritiva do questionário dos enfermeiros	52
Tabela 3: Análise da comunicação dos líderes (enfermeiros-chefes) e da perceção de liderança por parte dos enfermeiros	53
Tabela 4: Fiabilidade da Comunicação	55
Tabela 5: Fiabilidade da Competência Técnica.....	56
Tabela 6: Fiabilidade da Motivação Extrínseca	56
Tabela 7: Fiabilidade da Motivação Intrínseca.....	57
Tabela 8: Fiabilidade da Resiliência Enfermeiro-Chefe	57
Tabela 9: Fiabilidade da Resiliência Enfermeiro	58
Tabela 10: Fiabilidade da Liderança	58
Tabela 11: Fiabilidade Desempenho	59
Tabela 12: Tau de Kendall Comunicação – Liderança (Enf. Chefes).....	60
Tabela 13: Tau de Kendall Motivação intrínseca – Liderança (Enf. Chefes)	60
Tabela 14: Tau de Kendall Motivação extrínseca – Liderança (Enf. Chefes).....	61
Tabela 15: Tau de Kendall Resiliência – Liderança (Enf. Chefes)	61
Tabela 16: Tau de Kendall Competências – Liderança (Enf. Chefes)	62
Tabela 17: Tau de Kendall Comunicação – Desempenho (Enf. Chefes)	62
Tabela 18: Tau de Kendall Motivação Intrínseca – Desempenho (Enf. Chefes)	63
Tabela 19: Tau de Kendall Motivação Extrínseca – Desempenho (Enf. Chefes)	63
Tabela 20: Tau de Kendall Resiliência – Desempenho (Enf. Chefes)	64

Tabela 21: Tau de Kendall Competências – Desempenho (Enf. Chefes)	64
Tabela 22: Tau de Kendall Liderança – Desempenho (Enf. Chefes)	65
Tabela 23: Coeficiente de Pearson Comunicação - Liderança	65
Tabela 24: Tau de Kendall Comunicação - Liderança	66
Tabela 25: Coeficiente de Pearson Motivação Intrínseca - Liderança	66
Tabela 26: Tau de Kendall Motivação Intrínseca - Liderança	67
Tabela 27: Coeficiente de Pearson Motivação Extrínseca - Liderança	67
Tabela 28: Tau de Kendall Motivação Extrínseca - Liderança	67
Tabela 29: Coeficiente de Pearson Resiliência Líder- Liderança.....	68
Tabela 30: Tau de Kendall Resiliência Líder - Liderança	69
Tabela 31: Coeficiente de Pearson Competências Técnicas- Liderança	69
Tabela 32: Tau de Kendall Competências Técnicas - Liderança	70
Tabela 33: Coeficiente de Pearson Comunicação Desempenho	70
Tabela 34: Tau de Kendall Comunicação – Desempenho	71
Tabela 35: Coeficiente de Pearson Motivação Intrínseca-Desempenho	71
Tabela 36: Tau de Kendall Motivação Intrínseca – Desempenho	72
Tabela 37: Coeficiente de Pearson Motivação Extrínseca-Desempenho	72
Tabela 38: Tau de Kendall Extrínseca – Desempenho	73
Tabela 39: Coeficiente de Pearson Resiliência Profissional-Desempenho	73
Tabela 40: Tau de Kendall Resiliência Profissional-Desempenho	74
Tabela 41: Coeficiente de Pearson Competências Técnicas-Desempenho	74
Tabela 42: Tau de Kendall Competências Técnicas-Desempenho	75
Tabela 43: Coeficiente de Pearson Liderança-Desempenho	75
Tabela 44: Tau de Kendall Liderança-Desempenho	75

Lista das abreviaturas e siglas

CAP - Capitulo

CPLP - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

DP - Desvio Padrão

ENF^a - Enfermagem

M - Média

Nº - Número

H.D.F - Hospital Dona Estefânia

H.S.J - Hospital São José

OE - Ordem dos Enfermeiros

RH - Recursos Humanos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UCI - Unidade dos Cuidados Intensivos

UCQ - Unidade dos Cuidados dos Queimados

Capítulo I - Introdução

A abordagem histórica da enfermagem evidencia a sequência de conhecimento adquirido, por cada geração, para benefício da saúde e bem-estar humano. Com a evolução do conhecimento e da sociedade, adquirimos um equilíbrio económico fortuito, que permitiu que o apoio do enfermeiro passasse a ser em prol de toda a sociedade e não apenas para alguns. Isto significa que para obtermos a total disponibilidade e eficiência de um enfermeiro é necessário haver um equilíbrio económico entre o tratamento e as mais-valias obtidas pelo tratamento. Esta consideração que em tempos de crise atinge os profissionais, incluindo enfermeiros, coloca uma insegurança na estabilidade profissional (Dias,2006), e reflete-se na performance e eficácia dos mesmos, sendo que em enfermagem a consequência pode ser irreversível, nomeadamente a morte dos pacientes.

A crise económica mundial colocou em destaque algumas realidades até então não observadas, ou às quais se atribuiu pouco valor. Atualmente existe maior consciência sobre a importância do relacionamento humano e da aprendizagem comportamental na vida quotidiana, bem como no contexto profissional e de liderança (Dias,2006), em que surgem como aspetos fundamentais.

O crescimento económico tem hoje suporte em elevados níveis de escolaridade, conhecimento e especialização. Os enfermeiros são profissionais com elevado grau de especialização e podem ser considerados como impulsionadores económicos. No presente trabalho evidencia-se o papel do enfermeiro como agente económico que pode impulsionar a economia. Ser enfermeiro, não é apenas uma profissão e o exercício de uma função. Em sentido mais amplo, ser enfermeiro consiste num conjunto de prestações de serviços ou cuidados aplicados a patologias diferentes, as quais podem ser aplicadas de modo unitário ou em grupo. A aplicação destas prestações de serviços em grupo, com exceção de casos não calculáveis, ocorre em infraestruturas como hospitais, clínicas ou centros de saúde, mediante trabalho em equipa, onde não será indiferente o potencial de liderança de quem lidera a equipa em questão. Neste trabalho aborda-se o potencial da liderança em grupos de enfermeiros ao considerar a liderança em enfermagem como o meio pelo qual o enfermeiro que assume a liderança influencia as ações do grupo de enfermeiros, coletivamente ou individualmente, no âmbito do código deontológico e os deveres éticos a que a profissão está sujeita, tendo por objetivo a satisfação do paciente, a eficácia do tratamento e os princípios de uma boa gestão económica e financeira.

1. Delimitação do Tema

O recente fenómeno da globalização implicou e implica transformações ao nível social e organizacional. Neste sentido, quer na sociedade, em geral, quer nas organizações, em particular, existe a necessidade de se encontrar formas de lidar e ultrapassar os mais diversos problemas. Existe uma necessidade de os indivíduos encontrarem uma referência, por forma a cimentarem os seus comportamentos, atitudes e valores. Tal referência pode existir na pessoa do líder, nas suas atitudes e comportamentos, o qual é tomado como modelo e exemplo a seguir no seio do contexto organizacional onde atua.

Estudar com profundidade o tema da liderança no âmbito da enfermagem, analisar a importância e o papel do líder no desempenho das equipas de enfermagem, implica que se delimite o tema em termos de organizações a analisar. No presente estudo optou-se pelos serviços das unidades de cuidados intensivos e de serviços de queimados, considerando que a complexidade e responsabilidade associada a esses serviços implica uma gestão mais exigente, onde a liderança e o papel do líder podem fazer toda a diferença no desempenho e qualidade dos serviços prestados. Após análise das unidades existentes, facilidades de contato e de recolha de dados, determinou-se selecionar como objeto de estudo a Unidade de Cuidados Intensivos e a Unidade de Queimados dos Hospitais Dona Estefânia e São José, situados em Lisboa.

2. Justificação da escolha do Tema

Tendo em conta o atual panorama económico mundial e os anos de grande contração e crise que se antecederam e que deram origem a uma crise sistémica declarada na Zona Euro e no mundo em geral, os governos viram-se obrigados a implementar reformas estruturais profundas. Estas reformas têm um impacto significativo sobre os indivíduos e sobre as suas vidas pessoais e profissionais. Assim, a nível da saúde a maior preocupação do Governo e do Ministério da Saúde é a redução de custos, conforme é referido por Rodrigues (2007).

Perante este cenário de constantes alterações organizacionais e laborais que são cada vez mais profundas e exigentes, verifica-se a par disso o congelamento na progressão nas carreiras, sendo que todos estes aspetos em conjunto contribuem para a desmotivação dos indivíduos. Perante tudo isto, a escolha deste tema prende-se com o fato de as condições de trabalho dos enfermeiros diminuídas pode afetar de forma direta a qualidade do serviço entregue aos utentes.

Assim, consideramos interessante entender em que medida existe uma ligação entre as condições de trabalho dos enfermeiros, a motivação e satisfação destes profissionais e a qualidade dos serviços que prestam aos seus utentes. Para além disto, cada vez mais entender a satisfação profissional se torna um elemento de grande importância para as organizações pois, é por graças ao trabalho dos profissionais que é possível alcançar as metas definidas e as organizações permanecerem competitivas no mercado. As organizações de saúde não escapam a esta lógica uma vez que são altamente influenciadas pelo fator humano.

3. Importância de investigar o tema

A investigação científica no âmbito da enfermagem tem seguido diversas linhas de investigação, entre elas e mais recentemente, a gestão dos recursos materiais e humanos existentes nas unidades de saúde (Castilho, 2002; Jorge *et al*, 2007; Peres & Ciampone, 2006). No entanto a produção científica na língua portuguesa e retratando a realidade dos países da lusofonia, é ainda recente quando comparada com a investigação levada a cabo nos países onde o idioma é o inglês. Na revisão bibliográfica efetuada previamente, na fase de apresentação do projeto de investigação, e posteriormente, já na fase de investigação, verificou-se a existência de elevada produção científica no domínio da gestão em enfermagem, contando-se com estudos como o Stevens (1972) que efetua a análise das tendências na gestão em enfermagem, o de Leiniger (1974) sobre a crise da liderança na enfermagem, o de Lewis (1976) sobre gestão de conflitos, o Jacquelyn e Edward (1980), dedicado a evidenciar os aspetos da teoria da enfermagem que receberam consenso na comunidade científica, ou o de Brosnan e Johnston (1980), que aborda a mudança organizacional no serviço de ambulatório. Mais recentemente, ainda no idioma inglês, verifica-se uma tendência para o aprofundamento de temas específicos, como os estilos de liderança na enfermagem no estudo de Sellgren, Ekvall, e Tomson (2006), ou a retenção de colaboradores, da autoria de Wagner (2006).

Ao se verificar a existência de poucos estudos no idioma português, abordando a realidade dos países da Lusofonia, em particular de Portugal, considera-se importante investigar o tema, uma vez que o mesmo contribuirá de modo geral para o conhecimento académico na área da gestão em enfermagem e mais especificamente para uma melhor perceção dos aspetos relacionados com a liderança e os seus efeitos no desempenho das equipas de enfermagem. Tal importância ainda é maior se considerarmos as influências da cultura nacional na gestão das organizações conforme revelam diversos estudos e autores (p.

ex. Peçanha, 2009; Pinto, 2009; Teixeira, 2006), o que poderá levar a interrogações sobre a aplicação dos conceitos considerados válidos e eficazes numa cultura em outra cultura com padrões de comportamento social diferentes dessa cultura em que se verificou a validade dos conhecimentos científicos considerados como prática de boa gestão. Daí termos considerado a pertinência e importância de investigar o tema no âmbito da gestão, pois os resultados podem contribuir para o conhecimento das questões relacionadas com as diferenças culturais existentes de país para país, as quais podem afetar a cultura organizacional e os desempenhos que são obtidos pelos gestores que assumem a liderança das equipas, conforme se conclui dos artigos científicos que abordam as questões da cultura nas organizações (p.ex. De Souza Pires & Macêdo, 2006) e a validação de modelos de um contexto cultural para outro contexto cultural (.ex. Nascimento, Lopes, & Salgueiro, 2008).

Uma investigação não deve preocupar-se só com o conhecimento académico, deve igualmente valorizar os contributos práticos que a mesma pode prestar à comunidade profissional, neste caso os enfermeiros, e à sociedade em geral. Tal valorização leva a que a nossa investigação seja importante para a comunidade profissional, já que os resultados da mesma e a disponibilização das conclusões obtidas, permitirá que os profissionais reflitam sobre a sua atuação quer como líderes quer como liderados, incorporando eventualmente na sua prática diária algumas das suas reflexões ou buscando aprimorar os conhecimentos sobre liderança e o impacto da mesma no desempenho das equipas.

Por último mas não menos importante, a sociedade em geral beneficiará com a investigação do tema, ainda que indiretamente, já que os resultados e conclusões do nosso estudo poderão orientar os profissionais e as organizações para o estabelecimento de melhores práticas de gestão no âmbito da gestão de equipas de enfermagem, o que terá consequências positivas nos serviços e cuidados de saúde prestados, tanto no caso de otimização e eficiência das equipas, no seu desempenho económico e financeiro, quanto na satisfação e qualidade dos serviços prestados pelas equipas aos cidadãos a quem são prestados os cuidados de saúde.

4. Problema

Nos últimos anos, muitos autores desenvolveram estudos sobre esta temática, tendo por objetivo analisar e explicar o impacto da liderança nos resultados da gestão e na resolução dos problemas a que as organizações estão sujeitas. No contexto atual, o papel do líder assume importância pela necessidade de adaptação rápida da organização às mudanças ocorridas na sociedade, a qual exige a existência de uma liderança autêntica, marcada pelo otimismo que

promove a possibilidade de alcançar as metas desejadas (Luthans & Avolio, 2003). Por outro lado, ao nível individual, o papel do líder assume lugar de destaque pelo facto de as pessoas sentirem necessidade de encontrarem uma referência, no contexto organizacional, que as guie e dê algum sentido à sua vida (Gardner *et al.*, 2005). Tal leva ao problema de saber qual é o impacto da liderança nas equipas de enfermagem e de conhecer o nível de importância que a liderança assume no exercício da atividade profissional e para o enfermeiro enquanto pessoa que atua no seio de uma organização onde a maximização do lucro não é o objetivo mais importante a considerar.

5. Objetivo Geral e Objetivos Específicos

Em qualquer trabalho de investigação torna-se fundamental a definição do objetivo geral da mesma e dos objetivos específicos, já que é com base neles que o trabalho de investigação será desenvolvido e que o investigador irá definir os caminhos, estratégias e ferramentas necessárias para atingir esses objetivos. No caso da presente investigação foram definidos os objetivos que se apresentam em seguida.

Objetivo Geral

Estudo do impacto da liderança do enfermeiro-chefe no desempenho na equipa de enfermagem.

Objetivos específicos

1. Compreender o conceito de liderança e o seu impacto na enfermagem;
2. Definir o papel do enfermeiro líder e as suas funções;
3. Sugerir melhorias nestas mesmas funções contribuindo para a melhoria dos serviços;
4. Entender a importância da resiliência no enfermeiro líder;
5. Entender a influência da motivação (intrínseca e extrínseca) na liderança e no desempenho profissional do enfermeiro;
6. Definir a importância efetiva da capacidade de comunicação do enfermeiro-chefe;
7. Determinar o efeito da competência técnica na liderança e no desempenho.

Os objetivos apresentados têm na sua base reflexões como a eventual necessidade de o enfermeiro líder estar aberto a comentários/sugestões, de forma a proporcionar canais simples para que os cidadãos/clientes participem ativamente na construção de um serviço público mais orientado para as suas necessidades. Será que os comentários e sugestões do líder podem fazer com que o trabalho ganhe sentido? Os comentários e sugestões assim como a comunicação entre equipas afetam o desempenho? De que forma? Qual o papel do respeito pelo utente e da própria estrutura organizacional no desempenho das equipas de enfermagem? A vida profissional do enfermeiro ganha mais sentido quando são mais valorizados quanto à sua participação ativa nas decisões que afetam a equipa e o seu desempenho?

Certamente, a presente dissertação será uma contribuição modesta, mas espera-se que a mesma contribua para ampliar o conhecimento sobre o impacto da liderança nas equipas de enfermagem, e para uma melhor perceção sobre a eficácia e desempenho dos enfermeiros.

6. Conceitos e Definições

No âmbito da presente dissertação são utilizados conceitos e definições que importa precisar:

- **Comunicação** – Adota-se as definições teórica e operacional propostas por Mendes, Trevizan e Nogueira (1987), os quais entendem que a comunicação é um comportamento destinado à reflexão, ao relacionamento, à troca de informações (ideias, imagens ou sentimentos) que permitem o entendimento humano ou influenciar intencionalmente a outra pessoa;
- **Motivação** – interação dinâmica de diversos fatores que ocorrem entre a pessoa e o meio ambiente que a envolve, e que dirigem o comportamento do mesmo para alcançar determinado objetivo (Lobos, 1975);
- **Motivação Extrínseca** – motivação que leva trabalhar, respondendo a algo que externo à tarefa ou atividade, por exemplo recompensas materiais, sociais, ou de reconhecimento, ao demonstrar competências e habilidades mediante a pressão, persuasão ou comando de outrem (Martinelli e Bartholomeu, 2007);
- **Motivação Intrínseca** – motivação que é gerada pelo prazer em realizar a tarefa ou atividade (Martinelli e Bartholomeu, 2007);

- **Competências Técnicas** – conjunto de conhecimentos específicos necessários e utilizados numa determinada atividade, tarefa ou trabalho (Fleury e Fleury, 2001);
- **Resiliência Profissional** – a capacidade de enfrentar e superar as dificuldades (Santos e Moreira, 2014) que são sentidas no desenvolvimento das atividades de enfermagem.

7. Estrutura do trabalho

O presente trabalho está dividido em cinco capítulos incluindo o atual, que corresponde à introdução. No capítulo II apresenta-se o enquadramento teórico e a revisão que foi efetuada à literatura. No capítulo III é apresentada a metodologia referente ao estudo empírico. O capítulo IV corresponde à apresentação e análise de resultados do trabalho de campo efetuado junto dos enfermeiros. Por último, no capítulo V, apresentam-se as conclusões, as implicações práticas do estudo na gestão hospitalar e as principais limitações ou dificuldades na realização da investigação.

Capítulo II – Enquadramento Teórico

1. Marcos históricos na profissão de enfermagem

A enfermagem profissional no mundo surge a partir das bases científicas propostas por Florence Nightingale, a qual que foi diretamente influenciada quer pela sua passagem nos locais onde se executavam os cuidados de enfermagem de natureza leiga, mas fundamentados nos conceitos religiosos de caridade, amor ao próximo, doação, humildade, quer pelos preceitos de valorização do ambiente adequado para o cuidado, divisão social do trabalho em enfermagem e autoridade sobre o cuidado a ser prestado (Mancia, 2005).

Nessa fase, a Enfermagem procurou responder à indagação: O que fazer? Foi a partir da segunda metade do século XIX, na Inglaterra vitoriana, sob a liderança de Florence Nightingale (1820 à 1910), que a enfermagem surgiu como profissão e campo de saber. Nightingale foi uma das mulheres mais notáveis e expressivas num concerne à nossa história. Pela sua trajetória de vida, percebe-se o seu grande empenho em identificar quais as ações, relativas ao paciente e ao ambiente, que poderiam desencadear a manutenção e a recuperação do mau estado de saúde dos enfermos. É também notável o seu interesse em traçar metas por meio de conceitos de padrões morais, o perfil da profissional de enfermagem. Assim, a configuração do campo da Enfermagem, com seus interesses, suas formas de poder, seus valores e crenças, além da identificação dos saberes que requeriam investimento, receberam e ainda recebem significativamente investimento, influência deste período (Gomes *et al.*, 2007).

Cuidar dos enfermos foi uma das muitas formas de caridade adotadas pela igreja e que se conjuga à história da enfermagem, principalmente após o cristianismo. Os ensinamentos de amor e fraternidade transformaram não somente a sociedade, mas também o desenvolvimento da enfermagem, marcando, ideologicamente, a prática de cuidar as pessoas enfermos e nivelar os comportamentos que atendessem a esses ensinamentos (Mancia, 2005).

Com a utilização de uma metodologia histórica, com etapas organizadas e com objetivos para cada uma delas, perspetivamos uma relação com um conjunto de factos históricos de todos os séculos e de todas as regiões de Portugal, que nos permitiram encontrar um conjunto de conhecimentos para acrescentar ao quadro da história da enfermagem em Portugal (Santos, 2012).

Ao longo dos últimos anos, a enfermagem em Portugal experimentou uma grande evolução na formação dos profissionais e na consequente melhoria da qualidade dos cuidados, no respeito ao aumento da complexidade e no reconhecimento desta atividade, ao aumento da complexidade e no reconhecimento desta atividade profissional. Em relação ao processo de profissionalização dos enfermeiros portugueses, este emerge como um caso único na Europa, na medida em que desde o final da década de 1970 do século XX possui um único profissional de formação, foi exatamente nesta época que a profissão de enfermagem começou a ganhar outro rumo (Mendes & Matovani, 2008, P.210). A Carreira única para todos os enfermeiros e as definições das cinco categorias profissionais, entre as quais a de enfermeiro especialista, foram instituídas em 1981 Decreto-lei nº305/81. No entanto, quatro anos mais tarde, o Decreto-Lei nº 178/85, de 23 de maio, veio melhorar à assunção dos enfermeiros aos carpos especiais da função pública, e, três anos mais tarde, as escolas de enfermagem passara, a pertencer ao ensino Politécnico, quando foram criados o Curso Super de Enfermagem e os Cursos de estudos Superiores Especializados em Enfermagem, por meio veio melhorar as especificações anteriores relativamente à carreira.

Já o Decreto lei nº 480/88, de 27 de agosto na década de 90 do séc. XX trouxe muitas aos enfermeiros Portugueses em relação ao regime de trabalho, que passou a ser de 35 horas semanais, e a definição de três áreas de atuação para o enfermeiro, tarefas estas que são: Prestação de cuidados, gestão e assessoria. Nesta altura a classe de enfermagem começou a mostrar o seu desempenho, já em 1992, que começaram a ser formados os primeiros mestrados em Ciências de Enfermagem, e posteriormente surgiram os programas de doutoramento em enfermagem e atualmente existem três programas regulares em doutoramento em enfermagem. Dois destes cursos de doutoramento oferecidos por universidades Públicas, isto é de Lisboa e no Porto é oferecido por uma universidade privada, com o aparecimento destas duas instituições deram um avanço à arte e as ciências de enfermagem em Portugal. Foi criado um o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE), estabelecido pelo Decreto lei nº 161/96, de 4 de setembro, veio responder a uma lacuna legislativa quanto ao exercício profissional da profissão, que não dispunha de instrumento jurídico contendo a sua regulamentação, e este possibilitou a clarificação de conceitos, intervenções, funções, bem como os aspetos básicos dos direitos e deveres da arte e ciência de enfermagem ou seja dos enfermeiros. Finalmente em 1998 foi daqueles momentos ambicionado por várias gerações de profissionais de enfermagem, que tornou-se uma realidade, porque foi neste mesmo ano que foi criado no Diário da República o

Decreto-Lei nº 104/98, do 21 de abril foi emitido, o documento que permitiu a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), responsável pela regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, decreto este que contemplou, em anexo, o Estatuto da OE, processo que integra o Código Deontológico do enfermeiro em Portugal (Mendes & Matovani, 2008).

2. Liderança

A gestão é geralmente definida como um processo com uma componente interpessoal e técnica, cujo objectivo é a transformação de recursos humanos e materiais e de tecnologia em resultados. Para que os processos sejam desenvolvidos com sucesso, os gestores das organizações devem preencher várias funções (planear, organizar, liderar e controlar) bem como, utilizar aptidões de natureza conceptual, interpessoal e técnica. No entanto, a literatura aponta para esse outro aspeto, igualmente importante, que é a liderança (Arruda, Chrisóstomo, e Rios, 2010).

Na atualidade e no âmbito da saúde geral, o papel do líder de equipas é complexo e exigente, por implicar o exercício contínuo de processos de reforma e de adaptação a novas formas de organização. Além da complexidade do papel, as mudanças em curso nos sistemas de saúde estão a influenciar os exercícios profissionais em equipa para a prevenção de saúde, com maior visibilidade ao nível da prestação dos serviços mas igualmente com reflexos evidentes na área da gestão, uma vez que, como sugere Reis (2007), a função de gestão nos serviços de saúde é também singular, pela relativa autonomia dos prestadores e pela complexidade em avaliar a qualidade dos serviços prestados.

Os manuais académicos na área da Gestão sugerem que o tema da liderança é fundamentalmente abordado por via de três teorias (vd. por ex. Chiavenato, 1999, 2004, 2009):

- A dos estilos de liderança, que considera a existência de três estilos de liderança (autocrática, democrática e liberal);
- A da liderança situacional (com base na teoria contingencial), que afirma que o líder assume padrões de liderança diversos e de acordo com cada situação que enfrenta;
- A dos traços da personalidade, que coloca o foco nas características marcantes de personalidade do Líder, as quais qualificam o mesmo para a função.

Da análise da literatura verifica-se que, em menor ou maior grau, todas as três teorias são aplicadas e aplicáveis na prática, e que não são necessariamente incompatíveis entre si. Na atuação do Líder é possível identificar uma combinação das três teorias, mas também um traço que é transversal aos diversos textos consultados e analisados: a liderança existe como ato de poder que leva a uma mudança de atitude (Kipnis, 1958) dos liderados, independentemente do estilo de liderança utilizado pelo líder. Um ato de poder associado a diversas responsabilidades, como a responsabilidade de decisão, a responsabilidade de planejar, a responsabilidade de delegar, ou a responsabilidade de manter a coesão da equipa (Balsanelli, Cunha, Whitaker, 2009; Whebe e Galvão, 2005; Siqueira, 2002; Fernandes e Soares, 2013). Um ato de poder capaz de influenciar as pessoas no sentido de as tarefas serem feitas da melhor forma possível (Bergamini, 1994; Lourenço e Trevizan, 2001).

No caso da enfermagem, a liderança também tem sido objeto de análise à luz de outras teorias, como as «Teorias Grid» baseadas no trabalho de Blake (1981), que conta com diversos trabalhos de investigação, entre eles os de Marques (2004), que efetua uma análise descritiva na área da enfermagem; de Galvão e Sawada (2005), relacionando a liderança com a prática da enfermagem baseada na evidência; ou de Castro (2007) sobre as dimensões da liderança, as características individuais e profissionais do enfermeiro.

A literatura sobre liderança na profissão de enfermagem incorpora também os conceitos da liderança transacional e liderança transformacional abordados por Bass (1991) e por Avolio, Bass e Jung (1999). No âmbito do idioma português e da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), a maioria dos estudos é referente ao Brasil, seguindo-se os estudos sobre Portugal. Boa parte dos estudos refere-se à importância da liderança (p.ex. Lourenço e Trevizan, 2001; Wehbe e Galvão, 2005) em termos da sua perceção, do contexto de exercício da liderança e do tipo de liderança (situacional, transacional, transformacional).

Lanzoni e Meirelles (2011) efetuaram uma revisão integrativa dos artigos científicos publicados, entre 1998 e 2008, sobre a liderança na enfermagem, em que apontam terem encontrado perfis de liderança que se situam entre o autoritário e o autêntico. Dessa revisão sugerem que a liderança aparece no caso dos enfermeiros como uma ferramenta organizacional que associa a comunicação, relações interpessoais, planeamento, e compromisso com o êxito e a resolução de conflitos. O que concordante com a posição de Strapasson e Medeiros (2009), que sugerem que os enfermeiros entendem a liderança como a capacidade de influenciar a equipa, sublinham a existência de dificuldades de liderar as atividades cotidianas dos

enfermeiros, e concluem que apesar de alguns dos pressupostos da liderança transformacional serem entendidos pelos enfermeiros, não estão presentes no seu quotidiano.

2.1. Estilos e Modelos Liderança

Importa apresentar, de forma muito breve, uma síntese das principais teorias e modelos de liderança que foram selecionadas para o presente estudo, ao se considerar a importância dos seus contributos para a compreensão da satisfação profissional: teoria da hierarquia das necessidades, teoria dos dois fatores de Herzberg, modelo de liderança democrática e liderança permissiva, modelos de expectativas, teoria da equidade e teoria da satisfação de Locke.

Numa primeira perspetiva, que caracteriza a liderança situacional, o papel desempenhado por cada elemento dentro de um grupo resulta da conjugação das necessidades do grupo com as características individuais de cada elemento pertencente ao grupo, sendo de considerar também a maneira como os outros elementos do grupo percebem as características individuais dos restantes elementos (Galvão *et al.*, 1997). O líder nesta conceção é considerado como alguém com competências declaradas, reconhecidas pelo grupo de enfermeiros e, é eleito consoante as necessidades (Kurciant, Cunha e Massarollo, 1991). Este tipo de liderança acontece quando os profissionais já se conhecem há muito tempo e existe um respeito mútuo entre todos. No caso de enfermagem, não é fácil utilizar este modelo de liderança devido à necessidade de garantir que não haja divergências, o que exige um nível de conhecimento elevado para que tais divergências não aconteçam.

Quanto à liderança democrática, como referem Balsenelli *et al.* (2009), assenta no controlo, na participação, na liberdade e satisfação da pessoa nas atividades que efetua. Apesar de existir um líder, este dá o benefício de controlo da ocasião ao enfermeiro destacado para o tratamento, é um modelo que pode tornar-se perigoso caso o enfermeiro não esteja preparado para assumir uma liderança objetiva. Por outro lado, este modelo pode também melhorar o desempenho do grupo, ajudando na motivação individual, graças à sensação de conquista diária de novos objetivos para os demais. A pressão da eficiência é gerida pelo enfermeiro que realiza a tarefa. (Crawford, 1994)

Na liderança permissiva, há uma significativa ausência de indicações e diretrizes por parte dos líderes. As características deste tipo de liderança são a permissividade absoluta, ausência de tomada de decisão por parte do líder e a não tomada de posições claras nos casos

de conflito, conforme se conclui dos manuais académicos e do que é publicado por vários investigadores, entre outros, Guimarães e Carneiro (2014). Trata-se de um tipo de liderança não compatível com o código deontológico do profissional que deve ser guia para os comportamentos do enfermeiro, por colidir com a necessidade de manter uma observação dos vários intervenientes do grupo, para que os objetivos possam ser atingidos sempre que possível. Outro tipo de liderança praticada é a liderança autocrática. Nesta o líder concentra em si todo o poder, age de forma autoritária e faz da execução da tarefa o seu principal objetivo (Lourenço e Trevizan, 2001).

De acordo com Hooper e Potter (2010), temos dois tipos de liderança (transacional e a transformacional). A liderança transacional baseia-se na troca de recompensas por serviços, envolvendo dois padrões de comportamento (recompensa contingente e gestão por exceção). No primeiro padrão, o líder que emprega elogio, reconhece o esforço ou até aumenta o salário diante do cumprimento da tarefa proposta e dos objetivos alcançados. O segundo padrão permite ao líder dedicar-se às áreas mais importantes para o crescimento e desenvolvimento da organização, através da delegação das restantes áreas para níveis inferiores da hierarquia organizacional.

Noutra perspetiva o papel de líder é visto em três partes (interpessoais, informativos e decisivos). Interpessoal porque coloca o líder numa posição de obtenção de informação. O líder vai adquirindo externamente conhecimento para o seu trabalho, o qual vai transmitindo aos demais membros do grupo e, mesmo que não exista nova informação externa, os demais do grupo acabarão por procurá-lo para a obtenção de novos conhecimentos, o que o torna num foco da informação (Mintzber, 1973 cit. Trevizan, 1998) O líder deve ser o centro do fluxo de informação, as fontes que ele possui devem torná-lo o melhor informado sobre ocorrências e eventos no ambiente da organização. O líder atua como um monitor, que vai em busca da informação para identificar os problemas e realizar as mudanças necessária para o bom funcionamento do grupo. Para que realmente o líder seja líder, existem informações que apenas ele terá conhecimento, informações caracterizadas por informais. São informações por canais fechados ou que apenas ele terá acesso. Estas informações permitirão criar associações de todos os dados obtidos e aumentam o seu poder de líder.

3. Motivação

Neste trabalho aborda-se a liderança na equipa de enfermagem, mas no âmbito da saúde e na perspetiva real desta, a liderança é um conceito abstrato em que o conhecimento e o

trabalho praticado funcionam como uma alavanca na hierarquia da organização, onde a motivação pode exercer um papel importante.

Na década 40 do século passado, surgiu a teoria da hierarquia das necessidades humanas simbolizada por uma pirâmide. Nesta pirâmide, encontramos na base as necessidades de baixo nível ou primárias, referentes às necessidades fisiológicas e de segurança. No topo da pirâmide surgem as necessidades de alto nível ou secundárias, conforme é descrito no artigo de Maslow (1943) e divulgado nos mais diversos manuais académicos de gestão (p.ex, Chiavenato, 2009). A teoria da hierarquia das necessidades humanas e a pirâmide de Maslow, apesar das críticas à mesma e da existência de outras teorias da motivação, continua a fazer parte dos manuais de ensino superior e aplicada em diversas áreas da gestão, como o Marketing ou os Recursos Humanos, pela sua simplicidade, como se pode concluir do artigo de Bohrer, 1981). A motivação, conforme a teoria de Maslow, após mais de 60 anos, ainda é praticada como coerente e eficaz na tomada de liderança e considerada como um modelo a seguir (Gomes, 2011).

O modelo de Herzberg, ou teoria da motivação-higiene é também comumente utilizado para explicar a motivação humana. Esta é uma teoria bipolar que demonstra o bom e mau numa forma abstrata mas, que demonstra uma coerência concreta quando delimitado para a liderança de grupos, com uma abordagem assertiva na causa de satisfação ou no seu antónimo, insatisfação, do grupo de enfermeiros. De acordo com Krumm (2005), esta teoria está entre as teorias mais referenciadas quando se aborda o tema da satisfação no trabalho. Do mesmo modo que a Teoria elaborada por Maslow (1943), a teoria de Herzberg está amplamente divulgada e explicada nos manuais académicos de gestão, conforme foi possível constatar durante a revisão da bibliografia.

Segundo Laranjeira (1999), estas teorias da motivação representam um avanço em relação à teoria burocrática de Weber, uma vez que o modelo burocrático é um modelo completamente impessoal. A autoridade, ou o líder, detém o poder através de burocracias, com uma base sociológica. A burocracia torna uma organização ditada por regras geridas por um ou mais líderes, tornando a organização quebrada por diversas especializações de trabalho, dificultando a simplicidade do funcionamento das equipas.

Para que se realize qualquer procedimento pelo grupo ou mesmo por um enfermeiro singular, este não poderá realizar o seu trabalho na sua simplicidade pois é obrigado a proceder segundo os regulamentos criteriosamente. A força dominante, neste tipo de organizações com este modelo, é a tendência para a profissionalização pois, tratando-se de um tipo de

organização complexa, necessita de pessoal altamente especializado e com um elevado controlo sobre o seu próprio trabalho.

O hospital admite profissionais devidamente formados e socializados e confere-lhes autonomia para a execução do seu trabalho. O médico trabalha de forma quase independente dos seus colegas porque está próximo do doente como, por exemplo, ao fazer o diagnóstico e sozinho decidir o tratamento adequado. Significa isto que, a estrutura organizacional em vigor nos hospitais públicos, até há bem poucos anos ou ainda nalguns casos atualmente a vigorar é, provavelmente, desadequada aos imperativos ambientais externos sendo portanto, imperiosa a sua reestruturação, quer no que respeita ao eixo vertical da estrutura, nível de gestão, quer quanto ao seu eixo horizontal, divisão do trabalho quer, ainda, à maneira como se relacionam estes dois níveis.

Nos hospitais, tanto a burocratização como a procura da redução de custos por qualquer meio, diminuem a eficiência e com o atual sistema político e social, assente naqueles dois pilares e com a fraca distribuição da riqueza, as desigualdades prosperam constantemente, aumentando a preocupação da mudança (Fernandes, 2011)

Motta (1991, 1995) coloca em evidência as teorias estruturalista e comportamentalista, referindo que a teoria estruturalista tem por base de partida as limitações do modelo burocrático e o declínio da teoria das relações humanas. Quanto à teoria comportamentalista, refere o mesmo que surge como uma resposta aos problemas organizacionais através da flexibilidade e democraticidade das soluções, tendo por base o comportamento. Esta abordagem ganha impulso no início da década de 80, quando começam a aparecer um conjunto de ideias, experiências e princípios provenientes do estilo japonês de administração, com a publicação do artigo de Ouchi (1981) sobre a Teoria Z.

Apesar deste modelo não parecer ser aplicável em enfermagem, a realidade é que muitos líderes o aplicam e, mesmo a estrutura governamental aplica-a para manter os baixos salários, a estagnação na carreira e poupanças astronómicas para a organização. A insatisfação pelo líder é clara neste modelo e é um modelo pouco humanista pois coloca as finanças organizacionais à frente do bem-estar do grupo. Apesar de criar empregos a longo prazo, acaba por ser sempre um trabalho precário e injusto na relação custo/trabalho.

A Teoria dos Sistemas surge de estudos do biólogo alemão Ludwig Von Bertalanffy publicados entre 1950 e 1968 e busca formulações conceituais passíveis de aplicação na realidade empírica. Nesta teoria o sistema pode ser definido como um complexo de elementos

em interação (Crawford, 1994). A interação significa que os elementos relacionam-se diretamente e que, os comportamentos destes modificam-se quando há mudança na relação. A teoria do desenvolvimento organizacional surge de um conjunto de ideias a respeito do ser humano, da organização e do ambiente na perspectiva de favorecer o crescimento e desenvolvimento organizacional, de acordo com suas potencialidades.

Esta centra-se nas estratégias organizacionais planeadas através de modelos de diagnóstico, intervenção e de mudanças envolvendo modificações estruturais ao lado de modificações comportamentais para melhorar a eficiência e eficácia da gestão da organização. Outro modelo flexível, descentralizado e desburocratizado é colocado como opção para ambientes em constante mudança e condições instáveis, é o modelo orgânico.

No que se refere à organização do trabalho, esta abordagem privilegia a análise tecnológica, entre as diversas contingências no sentido de limites à reorganização do trabalho. Está associado à participação integral do trabalhador sendo que, os estudos desenvolvidos colocam a participação relacionada às variáveis de condições estruturais, que facilitam a interação trabalhador/líder e a tendência dos trabalhadores na busca da participação.

De um amplo arranjo de teorias e técnicas das ciências comportamentais, surge a abordagem Sociotécnica com ênfase nas relações entre o funcionamento de sistemas sociais, os indivíduos e suas relações sociais no trabalho e cultura, e o técnico, entre eles a tecnologia, maquinaria e equipamentos, procedimentos e tarefas e ainda no princípio da otimização conjunta; escolha organizacional; desenvolvimento de trabalho em grupos com semiautónoma e a preocupação com evolução e aprendizagem contínua (Fernandes, 2012)

4. Organização hospitalar

A organização que encontramos num hospital difere de outras organizações uma vez que os profissionais hospitalares, como os enfermeiros obedecem a valores, normas éticas e códigos profissionais e não a uma hierarquia rígida. Assim, falamos da existe uma cultura profissional que é transmitida durante toda a formação e prática supervisionada pelos professores, colegas e associações profissionais

A saúde, no desenrolar da história tem vindo a desenvolver-se com base em diferentes aspetos e com diversos atores sociais. O sector da saúde nunca foi um espaço exclusivo de atuação profissional e nem envolveu uma única abordagem diagnóstico-terapêutica, o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana, sendo uma parte do sector de serviços.

Assim, este trabalho possuiu uma esfera não-material que se completa no ato de sua produção e, o seu produto final é indissolúvel do processo que o produz, sendo a própria realização da atividade.

Sendo um trabalho profissional, realizado por trabalhadores que dominam o conhecimento e as técnicas especiais para assistir o indivíduo ou grupo com problemas de saúde ou com risco de adoecer em atividades de cunho investigativo, preventivo curativo ou com o objetivo de reabilitação (Matos,2006). Através do conhecimento daquilo que são as especificidades do sector da saúde e, mais especificamente do sector hospitalar, poder-se-á avançar no sentido da definição da gestão Hospitalar (Hespanhol, 1996).

Entender o trabalho que se realiza em ambiente da saúde e hospitalar é um elemento fundamental para de se identifiquem as necessidades de gestão e de liderança. Gerir implica interpretar os objetivos da organização para transformá-los em ação organizacional através de funções fundamentais de gestão que descreve como o planeamento, a organização, a direção e o controlo (Teixeira, 1998). O planeamento de gestão pode ser definido como o processo de determinar antecipadamente o que deve ser feito ou realizado, por quem e como. A organização só existe como tal quando se encontra um equilíbrio das relações entre as pessoas e entre estas e os recursos existentes e concretização dos objetivos propostos, assegurando que a pessoa certa, com as qualificações certas, esteja no local e tempo certos para o melhor cumprimento dos objetivos.

A direção é definida como o processo de determinar isto é, afetar ou influenciar, o comportamento dos outros. A direção envolve motivação, liderança e comunicação. A direção é a gestão da instituição e dos recursos humanos. Para que esta organização funcione com a finalidade de obtenção dos objetivos propostos é necessário que a motivação dos recursos humanos, neste caso enfermeiros. Na ausência de motivação necessária, os indivíduos podem não conseguir atingir os objetivos de forma mais eficiente e correta, sendo que na área da saúde esta não é uma possibilidade, visto ser a vida dos pacientes que está em causa. Neste sentido, a motivação pode ser entendida como o reforço da vontade das pessoas se estimularem por conseguir alcançar os objetivos, da melhor e da forma mais eficiente. A motivação traduz-se na procura da aproximação ou convergência dos objetivos individuais de cada um dos colaboradores com os objetivos globais da própria organização. A liderança consiste na capacidade de conseguir que os outros façam aquilo que o líder quer que eles façam, sendo a comunicação o processo de transferência de informações, ideias, conceitos ou sentimentos entre pessoas.

Em qualquer processo de gestão, o controlo é um processo essencial, consiste no processo de comparação do atual desempenho da organização com o *standard* previamente estabelecido, apontando as atuais ações corretivas. Como foi exposto atrás, a atenção da gestão está atualmente concentrada sobretudo na gestão de pessoas, traduzindo os objetivos organizacionais em objetivos da gestão de hospitais. Para Chiavenato (1999), a gestão moderna de pessoas consiste em várias atividades, como a descrição e análise de cargos, planeamento de RH, recrutamento, seleção, orientação e motivação das pessoas, avaliação do desempenho, remuneração, formação e desenvolvimento, relações sindicais, segurança, saúde e bem-estar.

Decorrente dessas atividades, a gestão de pessoas envolve e integra seis processos organizacionais básicos: agregar, ajustar, recompensar, desenvolver, reter e controlar pessoas. Mas na ideia dos profissionais, será que a organização hospitalar como é realizado nos dias de hoje são satisfatórios para as equipas multidisciplinares?

A abordagem sobre a qualidade dos serviços de saúde tem assumido uma importância para os profissionais, sendo que a implementação de sistemas de gestão de qualidade e a certificação das entidades prestadoras de cuidados de saúde afirmam-se hoje em condições de aptidão e de realização do trabalho no setor da saúde. Parte importante no desenvolvimento da qualidade organizacional passa pelos profissionais envolvidos os quais, enquanto protagonistas dos serviços prestados, são agentes-chave no processo. Contudo, diante do desafio da qualidade e da certificação impõem-se expectativas, perspetivas e posicionamentos que condicionam a sua adesão e os seus resultados. Tal pressuposto conduz assim, à necessidade de descortinar a forma como os profissionais percecionam a qualidade da organização e a vivenciam no quotidiano hospitalar, aprofundando o conhecimento sobre as representações sociais que lhe estão subjacentes. Nestas boas práticas, são relevantes conceitos como participação, visão estratégica, prestação de contas e transparência (OPSS, 2006).

Considera como características fundamentais da boa governação:

- Investir em ganhos de saúde, resultados em saúde e no desempenho dos sistemas de saúde: foco nos resultados.
- Valorizar as necessidades e as preferências dos cidadãos em relação com as escolhas individuais e as prioridades de coesão social.

- Direção estratégica e análise explícita da agenda das diferentes partes com interesses nos resultados.
- Atitudes prospectivas e de pensamento: antecipar os efeitos de decisões relacionadas com a saúde.
- Coerência de sistemas através de regulações a vários níveis; Processo de aprendizagem contínuo e gestão da informação e do conhecimento.
- Transparência, diferenciação e democratização das administrações públicas relacionadas com a saúde; Relatórios e análises independentes da governação em saúde.

Através de uma investigação com recursos internacionais, compreende-se a qualidade das organizações hospitalares.

Pretendendo avaliar a perceção da qualidade dos cuidados prestados entre enfermeiros de hospitais com e sem certificado de qualidade, desenvolveram uma análise cujos resultados permitiram concluir que, na generalidade das dimensões avaliadas, os enfermeiros de hospitais acreditados avaliam de forma mais positiva a performance da instituição onde exercem a sua atividade. Sugere-se por isso que, na ótica dos profissionais de enfermagem, nos hospitais acreditados, o nível de qualidade dos cuidados prestados apresenta-se mais elevado (Al-Qahtani *et al.*, 2012).

Os enfermeiros demonstraram ainda que, entre os determinantes mais importantes para a qualidade nos cuidados de saúde estão fatores como a liderança, o envolvimento e apoio, assim como o planeamento estratégico da qualidade. De acordo com outra investigação, os enfermeiros experienciam uma melhoria efetiva da qualidade da gestão consequentemente, da liderança da organização. Consideram que esta proporciona uma melhoria do trabalho em equipa e da produtividade hospitalar, porém, associam pouco a recompensa ou o reconhecimento da organização como resultados do processo. Foram contudo, detetadas diferenças significativas tendo em conta a dimensão dos hospitais no sentido em que, nos hospitais de menor dimensão, a perceção dos enfermeiros sobre o impacto da gestão da qualidade, revelando-se basicamente mais positiva (El-Jardall *et al.*, 2008).

Os estudos referentes à enfermagem revelam ainda o forte *stress* profissional e sobrecarga de trabalho associados à vivência do processo que, segundo os mesmos, não é compensada com qualquer tipo de estímulo ou valorização (Manzano *et al.*, 2012).

Denotamos que, para as equipas de enfermagem é primordial que recebam o devido crédito pelo trabalho realizado por eles, que muitas vezes não é devidamente valorizado, são

nestes aspetos que é necessário um líder que demonstra a qualidade da sua ou suas equipas e que, através de auditorias e posterior análise, demonstre e valorize o trabalho prestado.

Os profissionais de enfermagem apontam a maturidade profissional, o orgulho e a satisfação resultantes da colaboração no reconhecimento social do hospital, a segurança profissional associada ao estabelecimento de rotinas, a standardização e organização do serviço prestado em termos dos melhores recursos materiais, técnicos e humanos disponíveis e o ambiente organizacional de aprendizagem profissional, pela troca de experiências e pela possibilidade de mais oportunidades no mercado de trabalho (Gomes, 2009). Contudo, os enfermeiros referem como aspetos negativos a falta de reconhecimento e valorização que, na maioria das vezes refere-se a uma valorização financeira, a pressão colocada sobre o pessoal de enfermagem, as possibilidades limitadas de participação em equipas multidisciplinares e o facto de a qualidade ser implementada com base na imposição da gestão de topo, sem sensibilização prévia dos profissionais (Manzano et al., 2012).

5. Gestão profissional

Quando se fala de gestão, irredutivelmente fala-se de administração. Partindo das teorias da administração científica e teorias clássicas de administração apresenta-se um olhar profundo sobre o impacto da administração no desempenho, eficiência de tratamentos de saúde e gestão de recursos humanos, mais especificamente dos enfermeiros. As teorias administrativas são apresentadas numa perspectiva global como também na perspectiva de gestão em grupos de saúde. No final do século XIX e início do século XX encontramos os primeiros trabalhos académicos sobre administração e gestão de grupos profissionais, tendo como objectivo de racionalização de trabalho (Matos, 2006)

A teoria da administração científica ou teoria taylorista, criada e desenvolvida por Frederick W. Taylor, aplica métodos da ciência positiva, racional e metódica. Esta teoria foi inicialmente criada para o acesso das empresas industriais, tendo contribuído para a evolução industrial tremenda sendo a eficiência o ponto fundamental do sucesso desta teoria.

Para que houvesse aumento de produtividade, Taylor propôs que os métodos de trabalho e a qualidade de conhecimento do trabalho fossem um papel chave para a gestão e comando da gestão. Isto constituiu uma maior e mais rigorosa seleção dos profissionais, esquematizando os mais aptos, formando uma fragmentação e hierarquização no trabalho e entre profissionais. Esta teoria entende que para que o trabalho seja realizado eficientemente é

necessário conhecimento de causa pelos profissionais, sendo o método de seleção viável e que produz eficiência laboral independentemente, que esta teoria se aplica à produção de produtos materiais ou não material, caso do profissional de enfermagem.

A nível da motivação esta teoria propôs incentivos salariais e prémios laborais, ou numa perspetiva científica, mais-valias financeiras pois considera, neste caso não apenas os profissionais mas sim o homem num todo, que são movidos e motivados exclusivamente por interesses económicos e financeiros, surgindo o termo “homo economicus”. (Chiavenato, 1982; Motta, 1995)

A estrutura organizacional dos hospitais segue, ainda nos dias de hoje, as diretrizes estabelecidas por organogramas clássicos, as estruturas hierarquizadas verticais, fragmentação das responsabilidades, formalização das relações, pautando-se nas lógicas de autoridade legal, herdadas da conceção burocrática. No entanto, atualmente, muitos autores têm desenvolvido estudos em busca de novos rumos para a gestão e organização do trabalho em saúde utilizando teorias administrativas mais atuais como a estruturalista, a contingencial e outras, bem como tem apontado as dificuldades para promover mudanças no modelo de gestão, em especial nos hospitais (Matos, 2002).

Modificar um modelo de gestão não é simples, leva a uma modificação da organização, numa gestão pode haver insatisfação na mudança e para que ela haja terá de existir um consenso entre todos ou a maioria dos intervenientes. Para que haja essa modificação, o líder ou os líderes da hierarquia organizacional têm o dever de mostrar e fazer compreender aos demais que é necessário adotar novas e mais eficientes gestões:

“A adoção de modelos cada vez mais democráticos e participativos implica “mexer em esquemas de poder” e isto envolve uma gama de trabalhadores no meio hospitalar. Qualquer mudança na estrutura de gestão destas organizações implica negociações com os diversos segmentos para que se concretize” (Cecílio, 1999).

Estudos contemporâneos sobre o processo e a dinâmicas organizacionais mostram que através da liderança é possível a mudança estrutural, desde que o líder seja aceite pelo grupo. Isto significa que grande parte do poder situa-se no grupo ou seja, é o grupo que dá a liderança ao líder pois, caso não seja aceite pelo grupo, este apesar de ser o líder por estatuto, o mesmo não é aceite pelos subordinados.

O líder deve ser a pessoa que canaliza a atenção dos colaboradores ou grupo de enfermagem e dirigi-la para ideais comuns. Empenhado em ajustar interesses grupais e tornar o

grupo em consonância na nova ou melhorada gestão. Ao investir no poder existente nos liderados, o líder articula esse poder em sintonia com o seu próprio para que haja uma aliança grupal, reforçando o comprometimento em ideais comuns. Assim sendo, Motta (2001) considera que a liderança é a expressão de apoio e confiança, um sentido de interdependência entre os demais, com respeito do líder às individualidades.

6. Gestão de Topo

Os hospitais são estruturas organizacionais de grande complexidade e com características específicas. Costa *et al.* (2007) salientam as características referentes aos modelos económicos e de gestão, no entanto consideramos ser mais importante referir e sublinhar que a complexidade dos hospitais deve-se a dois aspetos: a variedade, que corresponde ao número de elementos de diferença disciplinar que constituem o sistema hospitalar e a interdependência, que traduz-se pela relação entre os diferentes profissionais pela interação entre o sistema global e o seu meio envolvente.

Segundo Correia (1983) o hospital deve ser pensado como um todo complexo, composta de múltiplas partes interconectadas, em interação com o universo exterior e prosseguindo objetivos globais. Cada uma dessas partes possui características estruturais e funcionais idênticas à do sistema global e constitui, ela própria, um sistema (subsistema). O Hospital, enquanto organização, é um sistema aberto, o que significa que está em permanente interação com o ambiente externo. Esta interação processa-se por ajustamentos recíprocos, respondendo às variáveis dependentes, como sejam a estrutura comportamento da organização, através das variáveis independentes como, ambientais e tecnológicas. Daqui resulta o tipo de comportamento e de estrutura que as organizações adotam, em cada momento, depende fortemente do tipo e natureza do meio ambiente em que se inserem.

Dada a sua natureza e os problemas que trata, a cultura e a expectativa dos seus profissionais e daqueles que a ele acorrem, a importância dos recursos envolvidos e a complexidade da sua organização e gestão, o hospital está sujeito a muitas pressões. Estas pressões acontecem pelo lado da tutela (regulador e financiador), que procura melhorar a eficiência e qualidade dos serviços que utilizam os seus fundos, criando incentivos e adotando estratégias que permitam melhorar o desempenho dentro do hospital, através de otimização do desempenho clínico, de alterações nos mecanismos de pagamento e de alterações no ambiente organizacional.

Assim, as pressões acontecem no sentido de melhores acessibilidades e melhor qualidade dos serviços prestados no fundo, de uma melhor satisfação das necessidades sentidas. Como consequência da constante evolução tecnológica, das relações profissionais, da dupla linha de autoridade e da dupla responsabilidade presente no ambiente da organização hospitalar. A gestão no hospital não pode ser considerada um processo homogêneo mas antes, um conjunto de processos distintos (Glouberman *et al*, 2001).

7. A situação da gestão portuguesa

As profissões em contexto hospitalar estão sujeitas a diversas regras e normas internas, legitimadas através do poder hierárquico destas organizações. As gestões de equipas de saúde caracterizam-se cada vez mais, como um universo de saberes e poderes profissionais, frequentemente sobrepostos, devido à ausência de fronteiras ou demarcações objetivas das suas múltiplas fontes. Os profissionais de saúde aliam o seu conhecimento à utilização de tecnologia sofisticada, facto que aumenta exponencialmente o seu poder profissional (Areosa *et al.*, 2008)

O elevado nível de qualificação dos profissionais de saúde dificulta, ou impossibilita, a supervisão hierárquica. As lideranças diretas agem de modo subtil e individualizado quando procuram mudar o comportamento dos seus subordinados, direccionam a sua atuação apenas para aquilo que consideram ser essencial deixando uma considerável margem de liberdade para adaptação às situações. No que respeita à partilha de valores e, tendo em conta as características das organizações hospitalares, é geralmente considerada a existência de uma orientação do tipo corporativista como forma de compensar alguma perda de controlo por parte dos profissionais que atuam ao nível operacional (Reis, 2007).

A gestão da saúde apresenta dois sistemas lógicos distintos, a lógica científica e técnica do corpo profissional, sendo que no primeiro caso se valoriza as equipas de enfermagem, por outro existe a lógica económica e racionalização da gestão institucional. Sendo estas perspetivas diferentes e normalmente opostas, é muitas vezes pautada por orientações de alguma conflitualidade (Areosa *et al.*, 2008).

Assim, é hoje aceite sem contestação que nas organizações de saúde, principalmente em hospitais, coexistem duas linhas de autoridade. A primeira linha de autoridade corresponde a uma estrutura convencional no contexto das organizações em geral, em que uma autoridade formal procura intervir crescentemente, por alegados motivos de

racionalização ou gestão financeira e económica, em áreas onde se cruzam dimensões técnicas com dimensões de gestão. A segunda linha emana do saber e da projeção técnica dos profissionais, um poder-saber de índole prática que procura evitar a transferência para o domínio da gestão de áreas de decisão de origem técnica e abranger domínios que têm dimensões éticas, para além de dimensões económicas, alegadamente com objetivos de especialização, de autonomia técnica e de salvaguarda de valores específicos (Reis, 2007).

8. Fatores intervenientes na qualidade e na satisfação no trabalho

A qualidade exerce um papel fundamental na prestação dos cuidados de saúde. São diversos os estudos que focam este aspeto, entre eles, o estudo de Da Silva *et al.* (2006) sobre a jornada de trabalho do enfermeiro, e o de Paschoa. Zanei e Whitetaker (2007) dedicado a questão da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem. Da literatura revista, verifica-se que tais estudos apontam como principais fatores intervenientes na qualidade os seguintes:

- condições de trabalho;
- baixa remuneração;
- ausência de possibilidade de promoção ou progressão na carreira;
- desempenho de atividades que não proporcionam grande satisfação;
- desgaste físico e emocional;
- falta de organização ou reorganização das atribuições profissionais;
- jornada dupla de trabalho ou trabalho em diversas unidades de saúde;
- redução na qualidade da assistência por cortes orçamentais
- sobrecarga de trabalho.

Quanto à satisfação no trabalho existem também diversas obras teóricas que abordam o tema, como por exemplo as de Spector (1997, 2005) e Vala *et al.* (1995) e em particular, quanto aos enfermeiros verificou-se a existência de vasto trabalho de investigação, entre os quais nos mereceram mais atenção, os de Lucas (1984), Lino (2004), Silva *et al.* (2009) e Fernandes (2012), por sinalizarem quais os principais fatores que influem na satisfação ou insatisfação no trabalho, que aqui se apresentam em síntese:

- Ambiente de trabalho;
- Comportamento do líder;
- Equipamentos e instalações;

- Estilo de liderança;
- Justiça na avaliação de desempenho;
- Plano de carreira;
- Possibilidade de formação e atualização de conhecimentos;
- Reconhecimento da profissão e prestígio social;
- Reconhecimento do mérito;
- Relacionamento entre os membros da equipa;
- Remuneração e regalias sociais;
- Rotatividade de funções.

Da análise da literatura verifica-se que os aspetos e fatores referentes à qualidade e satisfação no trabalho não são dissociáveis e que estão em estreita comunicação, contribuindo positiva ou negativamente para o desempenho individual, da equipa e da unidade prestadora dos serviços de saúde.

9. Comunicação

A comunicação, enquanto área do saber, é um campo de estudo vasto em que se incluem temas que vão da comunicação interpessoal, passando pelo marketing, pelas relações públicas, pela análise do discurso no âmbito dos estudos linguísticos, pelas telecomunicações, pelas atividades como o jornalismo, até aos estudos sobre os suportes e meios de comunicar (Morin, 2006). A comunicação assume papel essencial não apenas ao nível individual, em que as pessoas necessitam expressar as suas ideias aos outros, mas também ao nível empresarial e organizacional, já que muitas das atividades exercidas profissional dependem de uma boa comunicação para serem executadas com sucesso. De acordo com a literatura pode afirmar-se que a comunicação assegura a transmissão de informações e de instruções que permitem levar com sucesso um determinado trabalho, mas o papel da comunicação não fica só por isso, permite igualmente influenciar nos comportamentos das pessoas. Como refere Cardoso (2006:1126), “pensar na comunicação e na informação como elementos das estratégias de gestão, no contexto contemporâneo, é um desafio” composto pela valorização da capacidade criadora do indivíduo, pela subjetividade, pela afetividade, e em que a organização representa um processo de diálogo entre o interior da mesma e o meio ambiente que a rodeia. No caso da enfermagem e genericamente em todos os cuidados de saúde, uma comunicação eficiente e

eficaz tem um papel determinante para assegurar o bom tratamento do doente. Essa comunicação eficiente e eficaz deve existir a diversos níveis de interlocutores (médico e paciente, enfermeiro e paciente, enfermeiro e médico, enfermeiro e enfermeiro-chefe, enfermeiros e gestores, etc.) tendo por objetivo a qualidade e desempenho do serviço de saúde prestado aos doentes. São imensos os artigos científicos que sublinham a importância desse papel determinante da comunicação e que tratam de efetuar a análise dos processos de comunicação. Por exemplo, Pontes, Leitão e Ramos (2008:317), a propósito da comunicação terapêutica em enfermagem, concluem que “para alcançar uma comunicação satisfatória e prestar um cuidado humanizado, é preciso que o enfermeiro deseje envolver-se e acredite que sua presença é tão importante quanto a realização de procedimentos técnicos”. Matsuda *et al.* (2009) sublinham a importância das anotações como instrumento de trabalho na qualidade da comunicação em enfermagem. O papel da comunicação também se revela importante na prescrição e administração dos medicamentos, já que podem levar a que os profissionais executem atos pouco seguros ou com grau de risco para o paciente (de Camargo Silva *et al.*, 2007). Já Santos e Bernardes (2010) referem que a comunicação deve ser uma constante na organização da Unidade de Saúde, tendo por finalidade guiar as atividades de gestão ao nível da informação, da motivação e da satisfação dos profissionais.

Da análise sobre os artigos identificados e analisados sobre comunicação, pode concluir-se que a comunicação surge como uma variável importante a incluir no modelo conceptual da nossa investigação, por assumir um papel relevante na prática diária da atividade de enfermagem.

10. Resiliência

A resiliência é um conceito utilizado pelos psicólogos, que vem da física com o significado de ser a propriedade de um corpo de recuperar a sua forma original após sofrer um choque ou uma deformação. Os psicólogos por analogia a essa propriedade física dos corpos, começaram a utilizar a palavra e o conceito para o caso das pessoas. Por via da psicologia o conceito acabou por ser introduzido na gestão das organizações. Num artigo recente, Vergara (2008:706), referindo-se à resiliência dos profissionais angolanos, define a resiliência como “a propriedade de uma pessoa recuperar-se e manter um comportamento adequado após um dano”, referindo que a teoria da resiliência não apenas aplicável à pessoa, mas também a grupos, organizações e comunidades e conclui que as categorias que encontrou na sua investigação contribuíram para que os profissionais que entrevistou tivessem superado as

adversidades que encontraram. No dia-a-dia prático, o profissional de enfermagem enfrenta diversas adversidades, entre elas, a morte de pacientes ou situações em que os meios que dispõe são insuficientes para prestar os cuidados de saúde necessários aos pacientes pelos quais está responsável de atender. Tais adversidades têm um efeito psicológico negativo e de carácter emocional no profissional de enfermagem, que a médio ou longo prazo, podem levar a uma situação de desgaste profissional conhecida como *burnout* (Carvalho e Magalhães, 2011). De acordo com a literatura analisada, as pessoas com maior resiliência profissional, além de superarem as diversidades que enfrentam, são mais resistentes ao desgaste profissional, ao stress, e ao esgotamento (Cruz, 2014; Ebisui, 2008; Grazziano, 2008).

Sória *et al.* (2006) referem que os estudos sobre resiliência iniciaram-se na década de 90, primeiro com resultados publicados nas revistas norte-americanas e europeias, sendo que no campo da enfermagem a concentração dos artigos publicados centram-se nas áreas da Saúde Mental, Enfermagem Pediátrica, Enfermagem Clínica e Gestão da Enfermagem, e salientam que “ser resiliente na sociedade emergente seria desenvolver capacidades físicas ou fisiológicas conducentes a determinados níveis de *endurance* física, biológica ou psicológica” (p. 550). O papel da resiliência entre os profissionais de enfermagem afigura-se ainda mais importante, quando existem fatos que podem originar sentimentos distintos dentro de uma equipa e que têm de ser geridos pelo líder da equipa, principalmente em situações complicadas como o processo de morte dos pacientes (Gutierrez e Ciampone, 2006) e justifica a importância de inclusão da resiliência como variável de análise no nosso estudo.

11. Competências Técnicas

No contexto da língua portuguesa a palavra competência significa «capacidade» ou «suficiência» para fazer algo, ter a necessária «aptidão» para o efeito ou objetivo pretendido. Roldão (2003) sugere que competência é a capacidade de mobilizar, selecionar e integrar diversos conhecimentos anteriormente aprendidos para dar resposta a um problema, questão ou situação específica.

No campo da gestão, o tema das competências tem suscitado o interesse dos académicos e dos profissionais, levando a que o conceito de competência seja hoje visto na perspetiva individual e na perspetiva organizacional (Fleury e Fleury, 2001). Segundo estes autores, “a competência não se limita a um estoque de conhecimentos teóricos e empíricos detido pelo indivíduo, nem se encontra encapsulada na tarefa” (Fleury e Fleury, 2001: 187), deve agregar valor social ao trabalhador e valor económico à organização onde o mesmo

trabalha. Entre as diversas competências profissionais hoje necessárias a qualquer organização temos:

- Saber agir ou saber o que faz e porque faz;
- Saber julgar, saber escolher e saber decidir;
- Saber mobilizar os recursos, conseguir criar as sinergias necessárias a uma meta ou objetivo;
- Saber comunicar, no sentido de compreender a mensagem, trabalhar com ela, transmitir informações e partilhar conhecimentos;
- Saber aprender, trabalhando o conhecimento e a experiência no sentido de rever os modelos mentais;
- Saber empreender, no sentido de calcular o que é necessário em cada situação e ser capaz de assumir riscos na criação de uma solução.

Ao profissional exige-se atualmente um conjunto de competências de acordo com um conceito de competência que vai “além do conceito de qualificação” (Fleury e Fleury, 2004: 45) que contribuam para as competências (essenciais, distintivas, de suporte, organizacionais) e para a capacidade dinâmica da organização onde trabalha (Fleury e Fleury, 2004). No caso dos profissionais de enfermagem, não bastam as meras competências técnicas associadas aos atos de saúde. No caso dos enfermeiros, Ruthes e Cunha (2008) sublinham a importância das competências de gestão e das competências organizacionais, junto com as competências associadas à entrega da pessoa à organização, ou seja, que levam a que a mesma estabeleça um compromisso com a organização, o que nos leva a refletir sobre a noção das competências do enfermeiro.

11.1. Noção das competências do enfermeiro

As competências do enfermeiro no seio de uma equipa são das mais importantes entre os grupos de profissionais na área de saúde em qualquer tipo de instituição hospitalar, possuindo o enfermeiro uma ação organizacional em evidência. O enfermeiro para além de gerir o seu trabalho na organização, através do controlo do seu próprio trabalho, procura controlar ainda as decisões de carácter administrativo que lhe dizem respeito, assegurando eles próprios parte do trabalho administrativo. A base dos paradigmas da enfermagem é a pessoa. Este facto orientou a profissão de enfermagem na aquisição do seu quadro de competências e saberes, promovendo a evolução da disciplina como ciência.

A evolução do conhecimento científico e das novas tecnologias por si só, não são suficientes para acompanhar a evolução da enfermagem. A aquisição de um quadro próprio de valores, sustentado em estudos científicos, que apoie a atividade de cuidar, e a sua evolução resultante da emergência de novas teorias influenciam de forma direta as atividades diárias dos enfermeiros e consequentemente, a sua carga de trabalho.

Apesar da atividade do enfermeiro corresponder, em grande medida, ao cuidado da pessoa, esta não se esgota apenas neste domínio. As atividades diárias passam também por estudar, ensinar, colaborar com outros técnicos, atendendo desta forma não só às necessidades dos doentes mas também, às da própria profissão e às expectativas de outros profissionais da saúde.

Na saúde pública, o enfermeiro realiza atividades nas Unidades Básicas de Saúde, assim como, coordena equipas de programas como a saúde da família e outras abordagens comunitários de saúde. Em ambos os segmentos, o enfermeiro desempenha papéis fundamentais como consultoria, auditoria, gerência, vigilância epidemiológica, ações de atenção básica, entre outras. O modelo de gestão adotado por instituições de saúde associados ao aumento de exigência pelo cliente, de qualidade de assistência prestada fez com que ocorressem crises nas Instituições de Saúde (Ribeiro, 2006).

Isso impulsionou muitas organizações a optarem por um modelo de gestão que atendesse às exigências atuais sendo que, esse modelo é baseado na quebra das hierarquias tradicionais dando ênfase no trabalho em equipa. Assim, a liderança surge como mecanismo de alcance dos objetivos e o sucesso da organização de saúde. A liderança é de conhecimento universal, mas, no entanto, é de difícil compreensão (Dias, 2003). A liderança pode ser também vista como um fenómeno interativo em que o líder influencia os outros membros do grupo, sendo claro que a liderança envolve relação interpessoal. A enfermagem é uma ciência que relaciona competência, exercício profissional e contexto. Trata-se de uma profissão centrada em interações onde cada pessoa pode vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado.

A inovação tecnológica e as alterações na organização do trabalho levaram à emergência de novas lógicas empresariais. Invariavelmente, os enfermeiros têm sido atores fundamentais do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências. A comunicação é condição essencial neste processo, já que é a forma de o enfermeiro receber e transferir conhecimentos, de organizar os seus serviços e atividades, de criar e cumprir objetivos, a serem atingidos com a maior eficiência possível.

O enfermeiro deve saber liderar, a compreensão do significado sobre ser líder, aconselhando que poucos sabem como se desempenha talvez, sobre a questão da responsabilidade. A responsabilidade é vista como providenciar e, não apenas desincumbir-se pessoalmente de suas tarefas mas, zelar para que todos façam o mesmo, assegurando continuidade ao que foi designado. Nesta linha considera Serrano *et al.* (2011) que a liderança, enquanto habilidade ou competência do enfermeiro, deve ser exercida no sentido de ser feito o que é necessário ser feito para solucionar os problemas casuísticos que se enfrentam na profissão, em que cada caso pode ser considerado como um caso único.

Embora existam críticas explícitas e implícitas sobre a gênese da liderança vinculada as figuras de Florence Nightingale é incontestável a sua habilidade de liderança, considerando principalmente, a época em que viveu e os papéis permitidos às mulheres. Urge considerar e interpretar as lições de líderes que estimulem e estabeleçam articulações possíveis com a nossa prática de enfermeiros, repercutindo diretamente na profissão. Nesse sentido, interpretar as lições de Maquiavel pode ser considerado um bom começo. Não com a interpretação de um mentor maior do poder centralizado, ditatorial e absolutista mas, considerando a possibilidade de libertação de um poder insólito, imprimindo uma nova direção às dimensões que envolvem os líderes e as lideranças em Enfermagem.

12. Satisfação e desempenho de uma equipa de enfermagem

O desempenho profissional está intimamente ligado com a motivação intrínseca e extrínseca do colaborador. A Enfermagem diferencia-se de todas as ciências humanas e biológicas pelo “olhar atento” que presta ao doente. Mais do que tratar, o enfermeiro preocupa-se em cuidar da pessoa.

“A enfermagem como uma profissão que geralmente desenvolve as suas atividades por intermédio do trabalho em equipa e para desenvolvê-las de forma eficaz depende da interação dos indivíduos deste grupo, [obriga a que] o enfermeiro líder de uma UTI deva compreender os diferentes fatores motivacionais e desmotivacionais e entender melhor o comportamento da sua equipa para o bom desempenho de suas funções” (Melara, Beccaria, Carta & Contrin, 2006, p.63).

Para que a liderança de uma equipa de enfermagem seja realizada da melhor maneira, é necessário que a satisfação dos intervenientes seja positiva. Este é um ponto fundamental com o qual o líder se deve preocupar pois a eficiência e atingir dos objetivos depende da satisfação das equipas. Através desta revisão compreendemos a necessidade de um líder saber

cativar e motivar a equipa bem como, demonstrar o quanto pode ser benéfico para a realização do trabalho do grupo. Nesse sentido, sublinhamos a nossa concordância com as conclusões apresentadas no artigo De Melo, Barbosa e Souza (2011) quanto ao que mais contribui para a satisfação da equipa:

- gostar do que faz;
- inserção em uma proposta inovadora;
- reconhecimento pelo trabalho realizado;
- qualidade dos serviços prestados;
- apoio espiritual e relacionamento no trabalho.

13.Importância da liderança em equipas de enfermagem

O papel fundamental da liderança passa pela criação de um ambiente de confiança na organização, promovendo a satisfação dos colaboradores através do estímulo e desenvolvimento de competências resultando numa maior cooperação interna e num melhor desempenho.

Associado à satisfação dos colaboradores encontra-se o “conservadorismo inteligente” que visa criar condições para uma maior participação dos colaboradores na tomada de decisão dando uma maior controlo do próprio sobre o trabalho que executa. É essencial que se ouça os colaboradores, e se possa até, delegar tarefas e responsabilidades para proporcionar uma maior autonomia aos colaboradores na execução do seu trabalho (Stadler & Dyer, 2013).

Da mesma forma, a liderança deve motivar os seus colaboradores reconhecendo as diferenças nos indivíduos e valorizando o seu papel na organização, elogiá-los mesmo publicamente, percebendo as suas necessidades e satisfazendo as mesmas, criando assim relações pró ativas, gerindo conflitos e desenvolvem empatia com os colaboradores.

A liderança tem de estar aberta à crítica, sendo por isso importante ouvir opiniões, aceitá-las e implementá-las quando pertinentes. Desta forma liderança pressupõe comunicação e uma comunicação eficaz pressupõe que a informação circule nos dois sentidos desenvolvendo assim um processo de feedback (Rego, 1998). Stadler e Dyer (2013) referem no seu artigo o “segundo ingrediente da liderança conservadora e inteligente”, passa por uma “noção profunda da empresa”, isto é um conhecimento e um envolvimento profundo. Assim, o líder tem um papel preponderante na comunicação interna de forma a mobilizar os colaboradores. A existência por parte da liderança de topo para comunicar, bem como a

existência de mecanismos de consulta e diálogo entre colaboradores e os líderes, estimula a participação e a aprendizagem, a partilha de informação, o envolvimento ativo dos colaboradores nos processos de tomada de decisão em atividade de melhoria. Na visão de liderança, podemos observar que entendem a temática de líder como um processo de influência sobre o grupo, visando a determinação e atingir os objetivos.

No desenvolvimento de líderes e da liderança no contexto da enfermagem, o líder deve apresentar características de personalidade que facilitem o exercício da função pois enfocam a flexibilidade, o saber ouvir, o apoiar o grupo, o facilitador do processo, em que o objetivo final é o bem-estar e as melhorias do paciente ou pacientes (Trevizan, 1993).

Considerar a liderança na enfermagem através dessa abordagem, implica avaliar que o seu enfoque é subvalorizado, o que não incorpora com a realidade no mercado profissional, uma vez que os estudantes se deparam com situações de opção de deveres que consequentemente demonstram capacidade liderança. Considerando a liderança um papel de gestão, são versados com uma liderança prática, que permita transformar o realidade diária e construir o ideal, assumindo os desafios, removendo os entraves, contornando e superando as barreiras, a liderança resume a eficiência do trabalho em grupo, promovendo a coerência e o empirismo (Ribeiro, 2003)

Com a idealização e precursão no trabalho diário, presente nos dias atuais, destaca-se no grupo de enfermeiros a preocupação em cumprir a tarefa e o desempenho consiste em avaliação pelo quantitativo de procedimentos realizados. O enfermeiro assume a supervisão e o controlo do processo de trabalho e, apesar de considerar o quantitativo um ideal necessário, a qualidade é vista sempre como essencial na obtenção dos objetivos propostos pelo código deontológico do mesmo.

A enfermagem organiza o trabalho da equipa com muitas características das abordagens taylorista, fayolista e burocrática, assente no cumprimento de normas, do seguimento de rotinas e de procedimentos baseado em tarefas. O poder de decisão é centralizado no enfermeiro, enfatiza-se a disciplina desconsiderando as pessoas e as relações interpessoais. Contudo, numa perspectiva diferente, a de que o enfermeiro poder ser o seu próprio líder, é um olhar ainda vago e com uma grande evolução, caso as entidades competentes assim o decidam tornar real.

Considerando a liderança na enfermagem através dessa abordagem, implica avaliar que o seu enfoque é subvalorizado, o que não incorpora com a realidade eminente no mercado

profissional. Como referido ao longo do presente trabalho, o principal trabalho de liderança é saber gerir recursos humanos, motivá-los, tornando o empenho dos profissionais, neste caso enfermeiros, ao mais alto nível. Posto isto, os papéis de gestão e lideranças devem ser inscritos numa lógica que os complementem, preparando os enfermeiros para exercerem ambos os papéis, capacitando-os para uma nova realidade, com autonomia profissional marcada por uma assistência comprometida com a verdade e que, estabeleçam articulações possíveis entre a teoria e prática. Uma prática de líder, que permita transformar o real e construir o ideal assumindo os desafios, removendo os entraves, contornando e superando as barreiras assumidas como intransponíveis, considerando que a liderança se inscreve em todas as atividades do trabalho do enfermeiro. Assim, importa construir caminhos unificadores dos interesses da profissão de enfermeiro, rejeitando participar do jogo político que é uma luta pelo poder de conservar ou de transformar a realidade social. Existem ainda muitas lacunas a serem preenchidas, havendo ainda muito que discutir e estabelecer um desafio crítico e reflexivo, convicto de que as teorias não se sustentarão, se não oferecerem estratégias de aplicabilidade.

14. Desempenho

De acordo com a literatura revista (entre outros, Brito e Vasconcelos, 2004; Oliveira-Castro, 1994; Souza *et al.*, 2001) o constructo desempenho pode ser sintetizado como sendo o conjunto das características e capacidades do comportamento de um indivíduo que contribuem para a obtenção de um resultado considerado no mínimo satisfatório na execução de uma tarefa ou atividade. No entanto o conceito de desempenho foi alargado quer as equipas (Conceição *et al.*, 2001) quer às organizações (Fernandes, Fleury e Mills, 2006), mudando a unidade de análise do desempenho. Em qualquer dos casos, seja a análise do desempenho efetuada ao nível individual, de equipa ou da organização, verifica-se que o constructo desempenho vem sempre associado à necessidade de comparar o desempenho em análise com as metas, requisitos ou expectativas previamente definidas, tendo originado diversos estudos científicos sobre a avaliação do desempenho, conforme constatável na pesquisa bibliográfica efetuada e referido, entre outros, por Azevedo (1991) ou por Brandão e Guimarães, (2001).

A importância do constructo desempenho para as organizações está relacionado com a necessidade da sua medição objetiva, confundindo-se por vezes esse constructo com o constructo produtividade, conforme referem Rotundo e Rotman (2002). No entanto, o

desempenho é coisa distinta da produtividade ou da eficiência, uma vez que o desempenho é comportamental (Rotundo e Rotman, 2002), ainda que se pretenda avaliar o mesmo através de uma métrica, ou de um índice por comparação com as metas, os requisitos ou as expectativas que tenham sido previamente definidas. No caso do desempenho, mesmo que se procure encontrar um modelo matemático representativo do mesmo, há sempre um grau de subjetividade que será difícil de incluir nesse modelo, ainda que se tente determinar qual ou quais os comportamentos que permitem maximizar os resultados, metas ou expectativas desejadas.

Matitz e Bulgacov (2011) referem que o desempenho é um constructo multidimensional que pode ser analisado segundo diferentes perspetivas e que a definição do conceito desempenho leva a diferentes abordagens por parte dos investigadores e a diferentes métodos de utilização do mesmo por parte dos gestores quando se trata de proceder à avaliação do desempenho (tipo de avaliação do desempenho, modelo de avaliação, retorno aos avaliados). Estes autores assinalam alguns aspetos relevantes a ter em consideração na análise do fenómeno desempenho que importa considerar e dos quais destacamos os que considerámos de mais importância para este trabalho de investigação:

- O uso da variável desempenho como dependente, independente ou de controlo;
- Fonte dos dados para avaliação do desempenho (primários, secundários ou ambos);
- Operacionalização da análise do desempenho;
- Tipo de indicador ou indicadores a utilizar;
- Quantidade de medidas utilizadas (única ou diversas);
- Tipo de análise ou perspetiva temporal (um só momento, diversos momentos).

No âmbito desta investigação, pretende-se utilizar a variável desempenho como variável dependente do modelo conceptual, seguindo as recomendações da literatura revista e tomando a variável desempenho como um constructo comportamental, o qual é mensurável através da perceção, ainda que subjetiva, das pessoas.

15. Modelo conceptual

Considerando a revisão bibliográfica efetuada, propõe-se o modelo conceptual graficamente representado na figura 1, em que a variável desempenho surge como variável

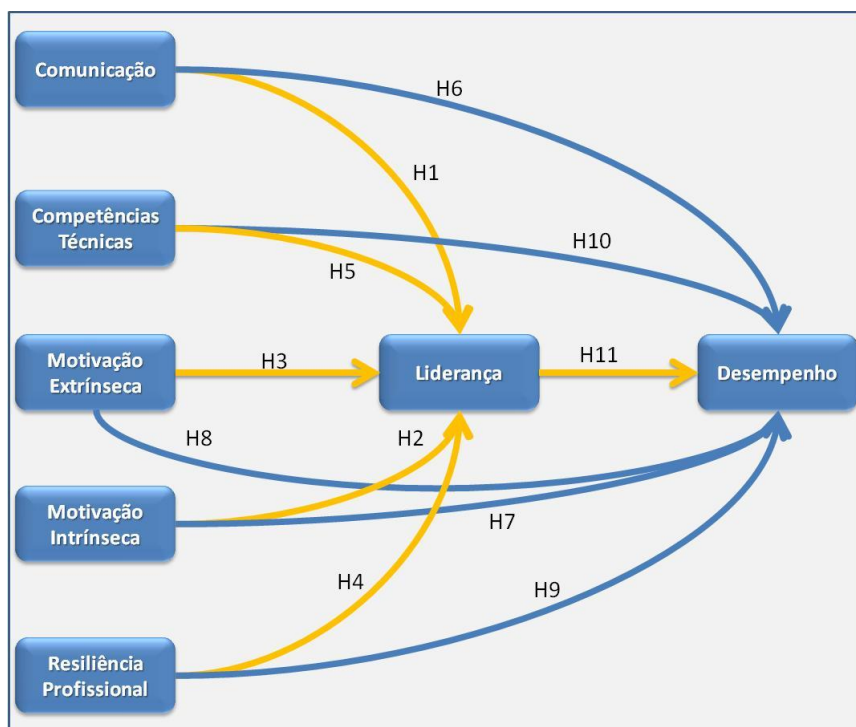
dependente. Em concordância com o modelo foram definidas as variáveis constantes do modelo e as hipóteses de estudo que serão apresentadas a seguir.

Para Trevizan *et al.* (1998), o líder atua como um aglutinador de informação e é um mentor que ensina os seus colaboradores, razão de a comunicação exercer um papel essencial tanto na sua liderança quanto na percepção que se tem dele como líder. No mesmo sentido, Galvão *et al.* (2000) referem uma forte associação entre a comunicação e a liderança e afirmam que “a liderança e a comunicação são estratégias que possibilitam ao enfermeiro implementar as mudanças requeridas” (pág. 41) na sua atividade profissional. Assim:

H1: A comunicação influencia positivamente a liderança.

H6: A comunicação influencia positivamente o desempenho.

Figura 1 – Modelo conceptual



Fonte: elaboração própria

Diversos autores, entre eles Gomes e Cruz (2007), associam a motivação intrínseca e extrínseca à liderança e ao estilo de liderança. Alguns estudos, como o de Stefano e Gomes Filho (2010), referem a existência de uma relação entre a motivação e liderança. Assim:

H2: A motivação intrínseca influencia positivamente a liderança.

H3: A motivação extrínseca influencia positivamente a liderança.

H7: A motivação intrínseca influencia positivamente o desempenho.

H8: A motivação extrínseca influencia positivamente o desempenho.

Vergara (2008:706), define a resiliência como “a propriedade de uma pessoa recuperar-se e manter um comportamento adequado após um dano”. Os profissionais de enfermagem estão sujeitos a diversos danos de natureza emocional no exercício da sua profissão, os quais podem levar a uma situação de desgaste profissional conhecida como *burnout* (Carvalho e Magalhães, 2011). Será de esperar uma maior resiliência profissional de quem ocupe funções de chefia ou de liderança, assim:

H4: A resiliência profissional influencia positivamente a liderança.

H9: A resiliência profissional influencia positivamente o desempenho.

Considerando que as competências podem ser vistas na perspetiva individual e na perspetiva organizacional (Fleury e Fleury, 2001) e que “a competência não se limita a um estoque de conhecimentos teóricos e empíricos detido pelo indivíduo, nem se encontra encapsulada na tarefa” (Fleury e Fleury, 2001: 187), afigura-se que as competências podem influir quer na liderança quer no desempenho da equipa. Assim:

H5: As competências técnicas influenciam positivamente a liderança.

H10: As competências técnicas influenciam positivamente o desempenho.

Diversos autores referem a influência da liderança na gestão das pessoas e no desempenho das equipas. Existem numerosos estudos referindo esta influência em diversos contextos laborais, em que se recolhem os conhecimentos vindos de estudos efetuados na área desportiva, como por exemplo o artigo de Mocsáni e Cunha Barros (2009). Saldanha (2009), num estudo sobre o impacto da liderança no desempenho da equipa, conclui com base nos seus dados empíricos que a liderança influencia o desempenho das atividades, o desempenho do gestor e da sua equipa. Assim:

H11: A liderança influencia positivamente o desempenho da equipa de enfermagem

Capítulo III – Metodologia

Neste capítulo temos como objetivo descrever a metodologia de investigação utilizada no presente trabalho. Iremos apresentar a justificação da temática a ser investigada, as questões e hipótese de estudo e a população/amostra a ser abordada, é ainda apresentado o instrumento de recolha de dados.

Esta é uma fase de grande importância para o investigador já que, o investigador determina os métodos que serão necessários utilizar para que possa desenvolver a sua pesquisa. Segundo Fortin (1999, pp.131) a metodologia “ constitui a espinha dorsal sobre a qual virão enxertar-se os resultados da investigação”. Neste sentido, todas as decisões metodológicas tomadas pelo investigador nesta fase irão influenciar toda a investigação e serão estas decisões que possibilitaram garantir a fiabilidade e qualidade dos resultados da investigação (Fortin, 1999).

Antes de iniciar o estudo empírico, começou-se pela realização de uma pesquisa documental, recorrendo às bases de dados de artigos científicos, com especial foco nas de uso gratuito e com artigos em português (p.ex. Scielo e Latindex). Também foram efetuadas buscas no Google Académico, na expectativa de alargar o conjunto de documentos a pesquisar e selecionar para leitura, utilizando descritores como «Liderança», «Motivação», «Enfermeiros». Procedeu-se também à identificação e recolha de livros que abordam o tema da dissertação. O material recolhido foi objeto de análise crítica, a qual deu origem à revisão bibliográfica apresentada no capítulo II.

1. Tipo de Estudo

A definição do tipo de estudo que vamos desenvolver é outro dos passos fundamentais para o sucesso do mesmo. Neste ponto temos que ter em consideração que cada estudo possui um determinado desenho que permite ao investigador obter respostas fiáveis às suas questões de investigação (Fortin, 1999). Assim, o desenho de investigação é na realidade o plano de ação lógico, pelo qual o investigador opta para obter as respostas à sua investigação. Neste sentido, após a definição do tema do estudo e dos objetivos traçados definimos que o tipo de estudo mais apropriado seria um estudo exploratório-descritivo, pois procura-se explorar/descrever um conceito, fenómeno ou população (Fortin, 1999).

A opção metodológica foi uma abordagem quantitativa pois esta permite quantificar as opiniões e informações recolhidas, sendo passíveis de ser analisadas. Este método permite a

colheita de dados observáveis e quantificáveis com o objetivo final de desenvolvimento e validação dos conhecimentos.

2. Amostra em Estudo

Qualquer estudo de investigação implica a definição de uma população sobre a qual a investigação se irá debruçar. Para Fortin (1999), a população compreende todos os elementos que partilhem de características comuns, sendo estas definidas pelos critérios definidos para o estudo. Para este estudo empírico recorreu-se aos Hospitais Dona Estefânia e São José (Portugal), tendo por base uma população de 80 profissionais de enfermagem. Foram obtidas 24 respostas validadas, correspondendo a uma taxa de resposta de 30%, das quais cinco das respostas são de enfermeiros-chefe.

3. Instrumento de Recolha de Dados

Para que a recolha da informação necessária seja possível, é fundamental que se defina a forma como iremos conseguir obter a informação junto da nossa amostra. Considerou-se para efeito apropriado a aplicação de um questionário. O questionário é de elaboração própria e foi elaborado com base na literatura consultada. O mesmo consta nos Anexos. Houve a preocupação de o questionário não ser extenso e de ter questões que permitissem a recolha dos dados necessários à análise do modelo proposto e a testar as hipóteses do nosso estudo.

Considerando as hipóteses a averiguar e a sua operacionalização foram determinadas as seguintes variáveis e respetivas questões no questionário a responder pelos enfermeiros:

- **Competências técnicas** – questões 3 e 23;
- **Comunicação** – questões 1, 8, 10, 11, 12, 13 e 14;
- **Desempenho** – questões 24, 25 e 26.
- **Liderança** – questões 2, 4, 6, 7 e 22;
- **Motivação Extrínseca** – questões 5, 17 e 18;
- **Motivação Intrínseca** – questões 15 e 16;
- **Resiliência Profissional do Enfermeiro** – questões 19 e 20;
- **Resiliência Profissional do Enfermeiro-Chefe** – questões 9 e 21;

No caso dos enfermeiros-chefes, foi elaborado um questionário específico, constituído por oito afirmações, para averiguar das suas perceções em relação às

variáveis do nosso modelo. Este questionário justificava-se para separar os enfermeiros nas duas categorias (liderados, líder) e entender se havia concordância das percepções dos líderes com as respostas dos liderados. As variáveis planeadas foram:

- **Competências Técnicas** – questão 4
- **Comunicação** – questão 3
- **Contributo para resiliência da equipa** – questão 6
- **Desempenho** – questão 8
- **Liderança** – questão 7
- **Motivação extrínseca** – questão 2
- **Motivação intrínseca** – questão 1
- **Resiliência do enfermeiro chefe** – questão 5

4. Consistência Interna dos questionários

Na investigação baseada em opiniões ou percepções, a captação das informações dos questionados consiste numa das etapas de maior importância no processo de trabalho de campo. Esta etapa deve ser realizada através do emprego de um instrumento de medição eficaz e preciso, uma vez que se tal não suceder, as informações obtidas podem não ser representativas da percepção dos inquiridos. A validade e fiabilidade são duas características de medição que devem ser consideradas no desenvolvimento de questionários. Hayes (1995) refere que a validade consiste no grau com que a escala utilizada no questionário (e consequentemente este próprio) mede realmente o objeto para o qual ela foi criada, e que a fiabilidade é definida como o grau com que as medições estão isentas de erros aleatórios. No mesmo sentido, Trochim (2006), sublinha que a consistência interna refere-se ao grau em que os itens do questionário estão correlacionados entre si e com o resultado geral da investigação, o que representa uma mensuração da fiabilidade do mesmo. Particularmente, nesta investigação importa-nos garantir a fiabilidade de questionários, razão de utilizarmos um dos procedimentos estatísticos mais comuns para mensuração da consistência interna, o coeficiente alfa de Cronbach, o qual é referido por diversos autores (entre outros, Freitas e Rodrigues, 2005; Moro, Braga e Padilha, 2003). Para a análise dos dados considerou-se o uso do programa estatístico SPSS (versão 21). Após essa primeira análise e retirados esses eventuais valores, procedeu-se à análise da consistência interna dos questionários, seguindo as sugestões e conselhos encontrados na literatura revista, tendo em especial consideração a

tabela apresentada por Maroco e Garcia-Marques (2006, p.73), onde se recomenda como condição um alfa de cronbach acima de 0,5 para grupos de 25 a 50 indivíduos.

5. Coeficientes de correlação

Para verificação das hipóteses, previu-se efetuar primeiro uma análise descritiva e comparativa entre os dois questionários, seguida de uma análise as correlações existentes entre as variáveis constantes no questionário dos enfermeiros, utilizando para o efeito o coeficiente de correlação de Pearson e as indicações propostas por Figueiredo Filho e Silva Junior (2010). Diante da existência de respostas em número insuficiente para utilizar o coeficiente de correlação de Pearson, previu-se em alternativa o seu equivalente, que é o coeficiente tau de Kendall.

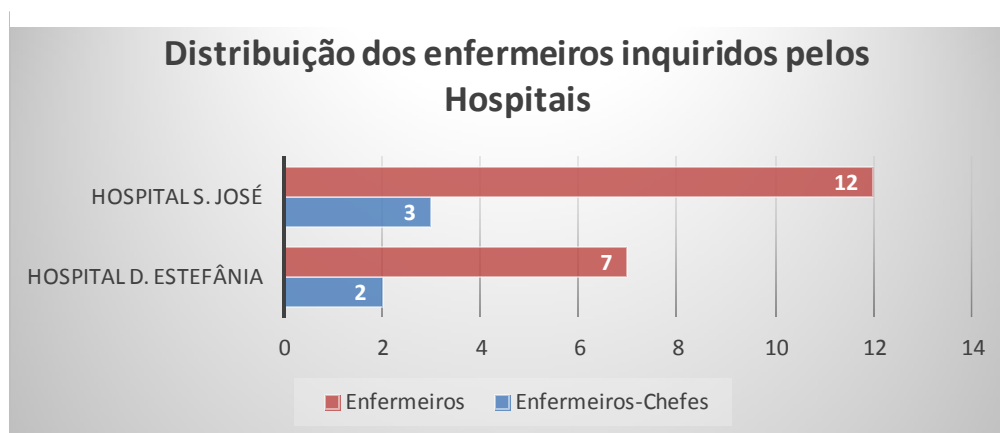
Capítulo IV – Apresentação e Análise dos Dados

1. Apresentação dos Resultados

Dos 24 enfermeiros que participaram estudo, cinco (21%) eram enfermeiros-chefes. A distribuição dos enfermeiros pelos dois hospitais estudados encontra-se Gráfico 1.

O maior número de participantes foi recolhido no Hospital de S. José (n= 15), onde foram inquiridos três enfermeiros-chefes e 12 enfermeiros; no Hospital D. Estefânia foram inquiridos dois enfermeiros-chefes e sete enfermeiros.

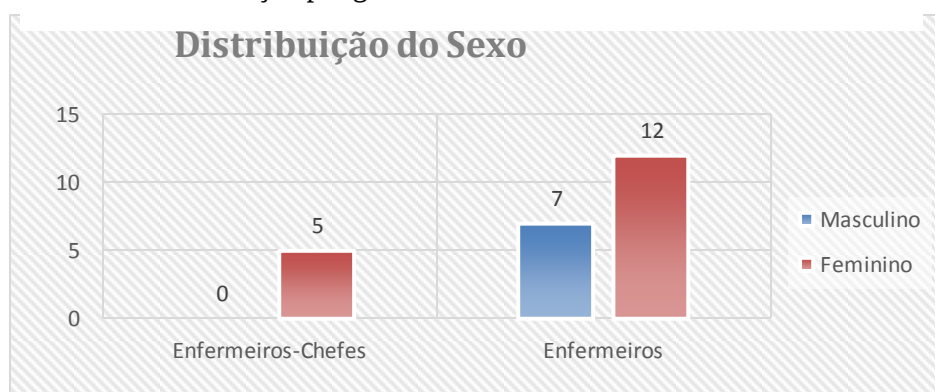
Gráfico 1: Distribuição dos enfermeiros pelos Hospitais



Fonte: Elaboração própria

Em relação à distribuição do Sexo (Gráfico 2), todos os enfermeiros-chefes inquiridos eram do sexo feminino (100%). Quanto aos enfermeiros, 12 eram do sexo feminino (63%) e sete do sexo masculino (37%).

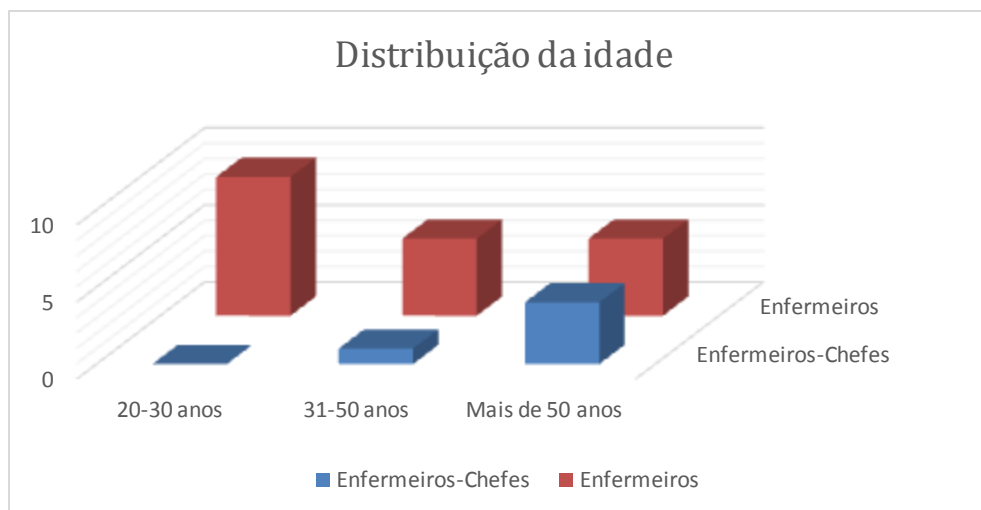
Gráfico 2: Distribuição por género



Fonte: Elaboração própria

Quanto à distribuição da idade (Gráfico 3), 80% dos enfermeiros-chefes (n=4) tinham mais de 50 anos e apenas um tinha idade entre 31 e 50 anos. Dos enfermeiros, nove (48%) tinham entre 20 e 30 anos, cinco (26%) tinham entre 31 e 50 anos e com mais de 50 anos foram inquiridos cinco enfermeiros (26%).

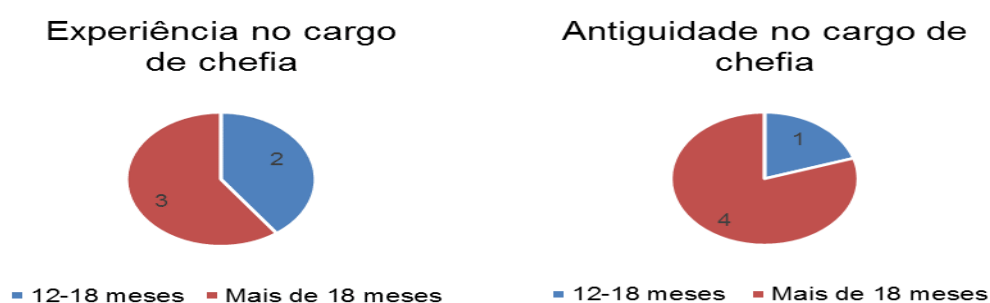
Gráfico 3: Distribuição por idade



Fonte: Elaboração própria

Relativamente à experiência laboral dos enfermeiros-chefes, dois (40%) tinham experiência no cargo entre 12 e 18 meses e três (60%) tinham experiência superior a 18 meses. Quanto à antiguidade no cargo de chefia, quatro enfermeiros-chefes (80%) tinham experiência superior a 18 meses e apenas um (20%) tinha experiência entre 12 e 18 meses.

Gráfico 4: Distribuição da experiência laboral dos enfermeiros-chefes



Fonte: Elaboração própria

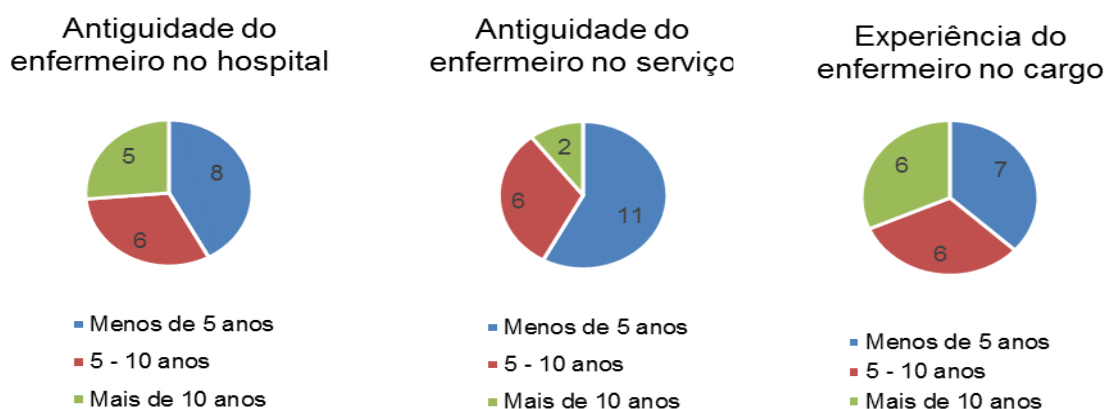
Por fim, no que se refere à experiência dos enfermeiros (Figura 5) a distribuição da antiguidade no hospital foi de oito enfermeiros (42%) com menos de cinco anos de

antiguidade, seis enfermeiros (32%) com cinco a 10 anos de antiguidade e cinco enfermeiros (26%) com mais de 10 anos de antiguidade.

No que diz respeito à antiguidade dos enfermeiros no serviço, 11 (58%) estavam no presente serviço há menos de cinco anos, seis enfermeiros (32%) têm antiguidade no serviço entre cinco e 10 anos e dois enfermeiros (10%) estavam no serviço há mais de 10 anos.

Por fim, em relação à experiência dos enfermeiros no cargo, sete enfermeiros (37%) estavam no cargo há menos de cinco anos, seis enfermeiros (32%) tinham experiência no cargo entre cinco e 10 anos e nove enfermeiros (47%) estavam no cargo há mais de dez anos.

Gráfico 5: Distribuição da experiência laboral dos enfermeiros-chefes



Fonte: Elaboração própria

2. Análise descritiva dos instrumentos utilizados

No que diz respeito à análise instrumentos utilizados neste estudo, o primeiro passo consistiu no cálculo de médias (M) e desvios padrão (DP) para as questões presentes em cada questionário. De seguida foram calculadas medidas de consistência interna para verificar a fiabilidade dos questionários, com recurso ao alfa de Cronbach e alfa de Cronbach em caso de eliminação do item. O valor mínimo considerado foi de 0.70, conforme indicação de Nunnally (1978).

A Tabela 1, onde se apresentam os resultados relativos ao questionário dos enfermeiros-chefes mostra que todas as questões, com exceção da segunda questão (que aborda a motivação extrínseca), foram avaliadas de forma muito positiva com média de respostas igual ou superior a 4.20. O nível de consistência interna deste questionário foi de 0.44, inferior a 0.70 (Nunnally, 1978), e a eliminação de qualquer um dos itens não aumentou este valor. Este valor

relativamente baixo pode estar relacionado com o número reduzido de enfermeiros-chefes que participaram no estudo (n=5).

Tabela 1: Análise descritiva do questionário dos enfermeiros-chefes

Questionário dos enfermeiros-chefes	M	DP
1. Sinto-me intrinsecamente motivado no exercício das minhas funções.	4.20	1.79
2. Considero que o hospital me proporciona motivação extrínseca associada ou conhecimento, bem-estar no local de trabalho, benefícios recompensa, etc.	3.20	2.05
3. Considero que tenho boas capacidades de comunicação com a equipa de enfermagem que lidero.	5.00	0.00
4. Considero que tenho todas competências técnicas essenciais para prossecução e excelência das funções que desempenho.	4.80	0.45
5. Considero-me um profissional resiliente, ou seja, com capacidade de lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir a pressão em situações de choque ou de grande tensão, sem que isso intervenha na minha capacidade de tomada de decisão.	5.00	0.00
6. Considero que colaboro positivamente para a resiliência profissional da equipa de enfermeiros que lidero.	5.00	0.00
7. Considero as minhas capacidades de liderança muito boas e consigo optar diferentes estilos de liderança a diferentes situações.	4.60	0.55
8. O desempenho da equipa de enfermagem que dirijo é excelente.	4.40	0.89
Alfa de Cronbach Total	0.44	

Fonte: Elaboração própria

A Tabela 2, que mostra os resultados descritivos do inquérito aos enfermeiros, permitiu identificar as questões/afirmações relativas à satisfação com o salário e condições ambientais (M= 2.89, DP= 0.76) e relação entre desempenho e recompensa (M= 2.68, DP= 0.67) como aquelas com as quais menos os enfermeiros concordam.

Por outro lado, grande parte das questões/afirmações relativas ao líder ou enfermeiro-chefe (e.g. *O meu enfermeiro-chefe manifesta conhecimentos técnicos que nos ajudam a resolver problemas e que contribuem para o bom desempenho da equipa*; M= 4.63; DP= 0.68) obtiveram uma média de resposta igual ou superior a quatro, o que salienta a opinião positiva acerca deste aspeto. Ainda com respostas tendencialmente positivas surgem questões/afirmações relativas à informação de que os enfermeiros dispõem e ainda acerca da

percepção das suas capacidades para o trabalho. Relativamente ao índice de consistência interna este atingiu o mínimo pretendido de 0.70 (Nunnally, 1978), uma vez que foi de 0.90.

Tabela 2: Análise descritiva do questionário dos enfermeiros

Questionário dos enfermeiros	M	DP
1. Neste serviço somos ouvidos e as necessidades dos colaboradores são considerados pelo líder.	4.00	0.82
2. O meu líder direto é auto-confiante.	3.53	0.84
3. O meu líder tem grande capacidade analítica de raciocínio lógico-dedutivo.	3.74	0.93
4. Considero o meu líder honesto e íntegro.	3.42	0.69
5. O(A) enfermeiro(a)-chefe consegue-nos motivar para o êxito.	3.95	0.62
6. O líder incentiva a cooperação entre a equipa.	4.53	0.51
7. O líder tem perfeita noção do que a organização necessita para ter sucesso acredito que os nossos objectos vão de encontro aos objetivos da organização.	4.42	0.69
8. O líder intervém ativamente na gestão de conflitos.	4.00	0.88
9. O meu líder demonstra grande maturidade emocional. Tem a capacidade de perceber as emoções dos outros e as próprias e tomar decisões adequadas considerando as pessoas e as situações.	4.26	0.65
10. O enfermeiro-líder é um bom comunicador.	4.16	0.76
11. Sinto que posso falar abertamente com o meu líder.	4.53	0.51
12. Todas semanas reunimos a equipa toda para transmitirmos ao líder os resultados/ problemas da semana e para percebemos que ações há a realizar para ultrapassamos os nossos problemas numa perspectiva de melhoria contínua do serviço a prestar.	3.00	0.82
13. Dispomos das informações de que necessitamos para trabalhar.	4.68	0.48
14. Sempre que há novidades sobre gestão estratégica da organização que nos afeta diretamente, somos prontamente informados.	4.63	0.50
15. A minha motivação provem de mim.	3.95	0.78
16. Sinto vontade de continuar a crescer como profissional.	5.00	0.00
17. Sinto-me muito satisfeito(a) com o eu salário e com as condições ambientais no hospital.	2.89	0.76
18. Temos um sistema de recompensas desenvolvidas em associação com a nossa avaliação de desempenho. Quanto maior o meu desempenho, mais recompensa tenho anualmente.	2.68	0.67
19. Considero-me uma pessoa com capacidade para tomar decisões adequadas quando sujeita a grande clima de tensão.	4.74	0.45
20. Sinto que tenho robustez física para enfrentar o stress do meu dia-dia.	4.53	0.77
21. O meu chefe mostra uma grande tolerância a pressão.	3.42	1.02
22. O nosso líder zela para que tenhamos os equipamentos e os materiais essenciais para a realização das tarefas que são da responsabilidade da enfermagem neste serviço.	4.63	0.50
23. O meu enfermeiro-chefe manifesta conhecimentos técnicos que nos ajudam a resolver problemas e que contribuem para o bom desempenho da equipa.	4.63	0.68
24. Considero a minha equipa muito boa tecnicamente.	3.89	0.57
25. Considero a minha equipa muito boa em termos de apoio psicológico aos doentes.	4.26	0.73
26. Considero o desempenho global da equipa muito bom.	4.00	0.67
Alfa de Cronbach	0.90	

Fonte: Elaboração própria

Tabela 3: Análise da comunicação dos líderes (enfermeiros-chefes) e da percepção de liderança por parte dos enfermeiros

Questionário		H.D.Est.		H.S.José	
Cheffas		M	DP	M	DP
Mot. Intr.	1. Sinto-me intrinsecamente motivado no exercício das minhas funções.	5.00	0.00	3.67	2.31
Mot. Extr.	2. Considero que o hospital me proporciona motivação extrínseca associada ou conhecimento, bem-estar no local de trabalho, benefícios recompensa, etc.	4.50	0.71	2.33	2.31
Cap. Comunicação	3. Considero que tenho boas capacidades de comunicação com a equipa de enfermagem que lidero.	5.00	0.00	5.00	0.00
Comp. Técnicas	4. Considero que tenho todas competências técnicas essenciais para prossecução e excelência das funções que desempenho	5.00	0.00	4.67	0.58
Resiliência	5. Considero-me um profissional resiliente, ou seja, com capacidade de lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir a pressão em situações de choque ou de grande tensão, sem que isso intervenha na minha capacidade de tomada de decisão.	5.00	0.00	5.00	0.00
Resiliência	6. Considero que colaboro positivamente para a resiliência profissional da equipa de enfermeiros que lidero.	5.00	0.00	4.67	0.58
Cap. Líder	7. Considero as minhas capacidades de liderança muito boas e consigo optar deferentes estilos de liderança a diferentes situações.	4.50	0.71	4.67	0.58
Competência eq enfermagem	8. O desempenho da equipa de enfermagem que dirijo é excelente.	3.50	0.71	5.00	0.00
Enfermeiros					
Compet. Técn.	3. O meu líder tem grande capacidade analítica de raciocínio lógico-dedutivo.	3.57	0.98	3.83	0.94
Compet. Técn.	23. O meu enfermeiro-chefe manifesta conhecimentos técnicos que nos ajudam a resolver problemas e que contribuem para o bom desempenho da equipa.	5.00	0.00	4.42	0.79
Comunicação	1. Neste serviço somos ouvidos e as necessidades dos colaboradores são considerados pelo líder.	4.57	0.53	3.67	0.78
Comunicação	8. O líder intervém ativamente na gestão de conflitos.	3.57	0.98	4.25	0.75
Comunicação	10. O enfermeiro-líder é um bom comunicador.	3.86	1.07	4.33	0.49
Comunicação	11. Sinto que posso falar abertamente com o meu líder.	4.71	0.49	4.42	0.51
Comunicação	12. Todas semanas reunimos a equipa toda para transmitirmos ao líder os resultados/ problemas da semana e para percebemos que ações há a realizar para ultrapassamos os nossos problemas numa perspectiva de melhoria contínua do serviço a prestar.	3.14	0.90	2.92	0.79
Desempenho	19. Considero-me uma pessoa com capacidade para tomar decisões adequadas quando sujeita a grande clima de tensão.	5.00	0.00	4.58	0.51
Desempenho	20. Sinto que tenho robustez física para enfrentar o stress do meu dia-dia.	5.00	0.00	4.25	0.87
Desempenho	24. Considero a minha equipa muito boa tecnicamente.	4.14	0.69	3.75	0.45
Desempenho	25. Considero a minha equipa muito boa em termos de apoio psicológico aos doentes.	4.57	0.53	4.08	0.79
Desempenho	26. Considero o desempenho global da equipa muito bom.	4.14	0.69	3.92	0.67
Liderança	2. O meu líder direto é auto-confiante.	3.43	0.79	3.58	0.90
Liderança	4. Considero o meu líder honesto e íntegro.	3.57	0.79	3.33	0.65
Liderança	6. O líder incentiva a cooperação entre a equipa.	4.57	0.53	4.50	0.52
Liderança	7. O líder tem perfeita noção do que a organização necessita para ter sucesso acredito que os nossos objectos vão de encontro aos objetivos da organização.	4.71	0.49	4.25	0.75
Liderança	22. O nosso líder zela para que tenhamos os equipamentos e os materiais essenciais para a realização das tarefas que são da responsabilidade da enfermagem neste serviço.	4.86	0.38	4.50	0.52
Motivação	5. O(A) enfermeiro(a)-chefe consegue-nos motivar para o êxito.	3.86	0.69	4.00	0.60
Resiliência	9. O meu líder demonstra grande maturidade emocional. Tem a capacidade de perceber as emoções dos outros e as próprias e tomar decisões adequadas considerando as pessoas e as situações.	4.43	0.53	4.17	0.72
Resiliência	21. O meu chefe mostra uma grande tolerância a pressão.	3.71	0.49	3.25	1.22

Fonte: Elaboração própria

A tabela 3 permite verificar as diferenças de resposta entre as duas Unidades Hospitalares. Acerca da liderança importa referir que no Hospital D. Estefânia as opiniões dos enfermeiros relativas ao líder foram positivas, com todos os resultados médios acima de três (ponto médio da escala de Likert utilizada, 1-5), enquanto no Hospital S. José, apesar da tendência ter sido semelhante, os enfermeiros consideraram que existe alguma dificuldade em transmitir ao líder os problemas encontrados na semana e compreender quais as ações a realizar para os ultrapassar (questão 12; $M= 2.92$; $DP= 0.79$).

A perceção da comunicação por parte dos enfermeiros-chefes é muito elevada ($M=5.00$, $DP=0.00$, em ambos hospitais), o que parece ter reflexo na sua perceção enquanto líderes, por parte dos enfermeiros. Na motivação intrínseca os líderes do Hospital S. José obtiveram resultados médios mais baixos ($M=3.67$, $DP= 2.31$), enquanto os seus colegas do Hospital D. Estefânia deram classificação máxima ($M=5.00$, $DP=0.00$).

De facto, no Hospital S. José, a par da motivação intrínseca (que apesar de positiva, apresenta um valor mais baixo que no Hospital D. Estefânia, $M=3.67$, $DP= 2.31$), a motivação extrínseca dos enfermeiros-chefes deste hospital é negativa ($M= 2.33$, $DP= 2.31$).

Os enfermeiros-chefes reportaram grande capacidade de resiliência, máximo no caso dos profissionais do Hospital S. José ($M=5.00$, $DP=0.00$) e próxima desse valor no caso do Hospital D. Estefânia ($M= 4.67$, $DP= 0.58$).

Os enfermeiros de ambos os hospitais apontam grande maturidade emocional aos líderes, bem como capacidade de perceber as emoções dos outros (média superior a quatro em ambos os hospitais); relativamente à tolerância dos enfermeiros-chefes à pressão os resultados foram também positivos, embora não tanto como no caso anterior, em particular no Hospital S. José ($M= 3.25$, $DP= 1.22$).

No caso das competências técnicas, estas foram reportadas pelos enfermeiros-chefes de ambos os hospitais como extramente positivas, alcançando mesmo o valor máximo no Hospital D. Estefânia.

Esta atribuição positiva teve repercussão nas avaliações das respetivas equipas de enfermagem com resultados positivos nas classificações das competências do líder (e.g. O meu líder tem grande capacidade analítica de raciocínio lógico-dedutivo).

Relativamente ao desempenho, os resultados apontam para índices bastante positivos de desempenho referidos pelos enfermeiros, principalmente no que diz respeito aos enfermeiros do Hospital D. Estefânia.

No entanto, quando os enfermeiros-chefes foram questionados acerca do desempenho da sua equipa de enfermagem, os resultados variaram consideravelmente entre hospitais, com perceção máxima por parte os enfermeiros-chefes do Hospital S. José e perceção ligeiramente acima da média por parte dos enfermeiros-chefes do Hospital D. Estefânia (M= 3.50, DP= 0.71).

3. Fiabilidade dos itens do questionário dos enfermeiros

A análise da consistência interna do questionário preenchido pelos enfermeiros foi realizada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, tendo-se obtido o valor geral de 0,90 que indica a existência de uma fiabilidade muito boa. Procedeu-se então à análise dos itens associados a cada variável do modelo proposto.

Comunicação

No caso da variável comunicação, constituída por 7 itens, registou-se um alfa de Cronbach de 0,632. No entanto, verificou-se que a eliminação dos itens 2 e 8, aumentavam o alfa de Cronbach para 0,714 razão de terem sido eliminados esses dois itens, uma vez que tal permite obter uma fiabilidade boa em lugar de uma fiabilidade aceitável.

Tabela 4: Fiabilidade da Comunicação

Reliability Statistics				
Cronbach's Alpha	N of Items			
,632	7			

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. Neste serviço somos ouvidos e as necessidades dos colaboradores são consideradas pelo líder	25,0526	6,386	,135	,670
8. O líder intervém ativamente na gestão de conflitos	25,0000	6,556	,048	,714
10. O enfermeiro-líder é um bom comunicador	24,8947	5,322	,482	,546
11. Sinto que posso falar abertamente com o meu líder	24,5263	6,596	,284	,614
12. Todas as semanas reunimos a equipa	26,0526	4,497	,706	,448
13. Dispomos das informações que necessitamos para trabalhar	24,3684	5,801	,686	,526
14. Sempre que há novidades sobre gestão estratégica (...) somos informados	24,4211	6,368	,397	,590

Fonte: Elaboração própria

Competência técnica

No caso da variável competência técnica, constituída por 2 itens, registou-se um alfa de Cronbach de 0,483. Verificou-se que a eliminação de qualquer dos itens não aumentava o alfa de Cronbach, situando a fiabilidade desta variável no nível de inaceitável, todavia muito próximo do nível fraco. Tal significa que a interpretação dos dados e conclusões obtidas com base nesta variável são merecedoras de muita reversa.

Tabela 5: Fiabilidade da Competência Técnica

Reliability Statistics				
Cronbach's Alpha	N of Items			
,483	2			

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
3. O meu líder tem grande capacidade analítica e de raciocínio lógico-dedutivo	4,6316	,468	,334	.
23. O meu enfermeiro-chefe manifesta conhecimentos técnicos (...)	2,2632	,871	,334	.

Fonte: Elaboração própria

Motivação Extrínseca

No caso da variável Motivação Extrínseca, constituída por 3 itens, registou-se um alfa de Cronbach de 0,703. A eliminação de qualquer dos itens não aumentavam o alfa de Cronbach, tendo-se assim obtido para esta variável uma fiabilidade boa.

Tabela 6: Fiabilidade da Motivação Extrínseca

Reliability Statistics				
Cronbach's Alpha	N of Items			
,703	3			

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
5. O(A) enfermeiro(a)-chefe consegue-nos motivar para o êxito	5,5789	1,480	,484	,656
17. Sinto-me muito satisfeito(a) com o meu salário e condições ambientais no hospital	6,6316	1,246	,490	,657

18. Sistema de recompensa (...) Quanto maior o meu desempenho, mais recompensa tenho anualmente	6,8421	1,251	,596	,514
---	--------	-------	------	------

Fonte: Elaboração própria

Motivação Intrínseca

No caso da variável Motivação Intrínseca, constituída por 2 itens, registou-se um alfa de Cronbach de 0,385. Verificou-se que a eliminação de qualquer dos itens não aumentava o alfa de Cronbach, situando a fiabilidade desta variável no nível de inaceitável. Tal significa que a interpretação dos dados e conclusões obtidas com base nesta variável são merecedoras de muita reversa.

Tabela 7: Fiabilidade da Motivação Intrínseca

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,385	2

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
15. A minha motivação provem de mim	4,8421	,251	,262	.
16. Sinto vontade de continuar a crescer como profissional	3,9474	,608	,262	.

Fonte: Elaboração própria

Resiliência Profissional Enfermeiro-Chefe

No caso da variável Resiliência Profissional, aplicada ao Enfermeiro-chefe, constituída por 2 itens, registou-se um alfa de Cronbach de 0,016. Verificou-se que a eliminação de qualquer dos itens não aumentava o alfa de Cronbach, situando a fiabilidade desta variável no nível de inaceitável. Tal significa que a interpretação dos dados e conclusões obtidas com base nesta variável são merecedoras de muita reversa.

Tabela 8: Fiabilidade da Resiliência Enfermeiro-Chefe

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,016	2

Fonte: Elaboração própria

Resiliência Profissional Enfermeiro

No caso da variável Resiliência Profissional, aplicada ao Enfermeiro, constituída por 2 itens, registou-se um alfa de Cronbach de 0,782. Verificou-se que a eliminação de qualquer dos itens não aumentava o alfa de Cronbach, situando a fiabilidade desta variável no nível de bom.

Tabela 9: Fiabilidade da Resiliência Enfermeiro

Reliability Statistics				
Cronbach's Alpha	N of Items			
,782	2			

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
19. Considero-me uma pessoa com capacidade para tomar decisões (...)	4,5263	,596	,736	.
20. Sinto que tenho robustez física para enfrentar o stress do meu dia-a-dia	4,7368	,205	,736	.

Fonte: Elaboração própria

Liderança

No caso da variável Liderança, constituída por 5 itens, registou-se um alfa de Cronbach de 0,754. Verificou-se que a eliminação dos itens 7 e 2 aumentava o alfa de Cronbach para 0,800, situando a fiabilidade desta variável no nível de bom, mas sem atingir o nível de muito bom.

Tabela 10: Fiabilidade da Liderança

Reliability Statistics				
Cronbach's Alpha	N of Items			
,754	5			

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
2. O meu líder direto é auto-confiante	17,0000	3,667	,345	,800
4. Considero o meu líder honesto e íntegro	17,1053	2,877	,906	,547

6. O líder incentiva a cooperação entre a equipa	16,0000	4,333	,416	,745
7. O líder tem perfeita noção do que a organização necessita para ter sucesso, acredito que os nossos objetivos vão de encontro aos objetivos da organização	16,1053	3,988	,368	,766
22. O nosso líder zela para que tenhamos os equipamentos (...)	15,8947	3,766	,766	,650

Fonte: Elaboração própria

Desempenho

No caso da variável Liderança, constituída por 3 itens, registou-se um alfa de Cronbach de 0,794. Verificou-se que a eliminação do item 24 aumentava o alfa de Cronbach para 0,931, situando a fiabilidade desta variável no nível de muito bom, razão de se ter eliminado este item da variável.

Tabela 11: Fiabilidade Desempenho

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,794	3

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
24. Considero a minha equipa muito boa tecnicamente	8,3684	2,023	,395	,931
25. Considero a minha equipa muito boa em termos de apoio psicológico aos doentes	8,0000	1,222	,754	,584
26. Considero o desempenho global da equipa muito bom	8,1579	1,140	,824	,492

Fonte: Elaboração própria

4. Teste das Hipóteses

a. Correlações Enfermeiros-Chefe

No caso dos enfermeiros-chefe não se encontraram correlações estatisticamente significativas, conforme se poderá verificar nas tabelas abaixo, tendo ocorrido nalguns casos que o SPSS nem pode efetuar cálculos devido a uma das variáveis que entra no cálculo da correlação apresentar um valor constante. O reduzido número de enfermeiros-chefe limitou a possibilidade de se efetuar uma análise mesmo utilizando o coeficiente de correlação tau de Kendall.

H1: A comunicação influencia positivamente a liderança

Tabela 12: Tau de Kendall Comunicação – Liderança (Enf. Chefes)

Correlations			
		Comunicação	Liderança
Comunicação	Pearson Correlation	. ^a	. ^a
	Sig. (2-tailed)	.	.
	N	5	5
Liderança	Pearson Correlation	. ^a	1
	Sig. (2-tailed)	.	
	N	5	5

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

Fonte: Elaboração própria

H2: A motivação intrínseca influencia positivamente a liderança

Tabela 13: Tau de Kendall Motivação intrínseca – Liderança (Enf. Chefes)

Correlations			
		Motivação Intrínseca	Liderança
Motivação Intrínseca	Pearson Correlation	1	,612
	Sig. (2-tailed)		,272
	N	5	5
Liderança	Pearson Correlation	,612	1
	Sig. (2-tailed)	,272	
	N	5	5

Fonte: Elaboração própria

H3: A motivação extrínseca influencia positivamente a liderança

Tabela 14: Tau de Kendall Motivação extrínseca – Liderança (Enf. Chefes)

Correlations			
		Motivação Extrínseca	Liderança
Motivação Extrínseca	Pearson Correlation	1	,089
	Sig. (2-tailed)		,887
	N	5	5
Liderança	Pearson Correlation	,089	1
	Sig. (2-tailed)	,887	
	N	5	5

Fonte: Elaboração própria

H4: A resiliência profissional influencia positivamente a liderança

Tabela 15: Tau de Kendall Resiliência – Liderança (Enf. Chefes)

Correlations				
		Resiliência Chefe	Resiliência Equipa	Liderança
Resiliência Chefe	Pearson Correlation	. ^a	. ^a	. ^a
	Sig. (2-tailed)		.	.
	N	5	5	5
Resiliência Equipa	Pearson Correlation	. ^a	. ^a	. ^a
	Sig. (2-tailed)	.	.	.
	N	5	5	5
Liderança	Pearson Correlation	. ^a	. ^a	1
	Sig. (2-tailed)	.	.	
	N	5	5	5

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

Fonte: Elaboração própria

H5: As competências técnicas influenciam positivamente a liderança

Tabela 16: Tau de Kendall Competências – Liderança (Enf. Chefes)

Correlations		
	Competências Técnicas	Liderança
Competências Técnicas	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	,612
	N	5
Liderança	Pearson Correlation	,612
	Sig. (2-tailed)	,272
	N	5

Fonte: Elaboração própria

H6: A comunicação influencia positivamente o desempenho

Tabela 17: Tau de Kendall Comunicação – Desempenho (Enf. Chefes)

Correlations		
	Comunicação	Desempenho
Comunicação	Pearson Correlation	. ^a
	Sig. (2-tailed)	.
	N	5
Desempenho	Pearson Correlation	. ^a
	Sig. (2-tailed)	1
	N	5

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

Fonte: Elaboração própria

H7: A motivação intrínseca influencia positivamente o desempenho

Tabela 18: Tau de Kendall Motivação Intrínseca – Desempenho (Enf. Chefes)

Correlations			
		Motivação Intrínseca	Desempenho
Motivação Intrínseca	Pearson Correlation	1	-,375
	Sig. (2-tailed)		,534
	N	5	5
Desempenho	Pearson Correlation	-,375	1
	Sig. (2-tailed)	,534	
	N	5	5

Fonte: Elaboração própria

H8: A motivação extrínseca influencia positivamente o desempenho

Tabela 19: Tau de Kendall Motivação Extrínseca – Desempenho (Enf. Chefes)

Correlations			
		Motivação Extrínseca	Desempenho
Motivação Extrínseca	Pearson Correlation	1	-,600
	Sig. (2-tailed)		,285
	N	5	5
Desempenho	Pearson Correlation	-,600	1
	Sig. (2-tailed)	,285	
	N	5	5

Fonte: Elaboração própria

H9: A resiliência profissional influencia positivamente o desempenho

Tabela 20: Tau de Kendall Resiliência – Desempenho (Enf. Chefes)

Correlations		Resiliência Chefe	Resiliência Equipa	Desempenho
Resiliência Chefe	Pearson Correlation	. ^a	. ^a	. ^a
	Sig. (2-tailed)		.	.
	N	5	5	5
Resiliência Equipa	Pearson Correlation	. ^a	. ^a	. ^a
	Sig. (2-tailed)	.	.	.
	N	5	5	5
Desempenho	Pearson Correlation	. ^a	. ^a	1
	Sig. (2-tailed)	.	.	
	N	5	5	5

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

Fonte: Elaboração própria

H10: As competências técnicas influenciam positivamente o desempenho

Tabela 21: Tau de Kendall Competências – Desempenho (Enf. Chefes)

Correlations		Competências Técnicas	Desempenho
Competências Técnicas	Pearson Correlation	1	-,375
	Sig. (2-tailed)		,534
	N	5	5
Desempenho	Pearson Correlation	-,375	1
	Sig. (2-tailed)	,534	
	N	5	5

Fonte: Elaboração própria

H11: A liderança influencia positivamente o desempenho da equipa de enfermagem

Tabela 22: Tau de Kendall Liderança – Desempenho (Enf. Chefes)

Correlations			
		Liderança	Desempenho
Liderança	Pearson Correlation	1	,408
	Sig. (2-tailed)		,495
	N	5	5
Desempenho	Pearson Correlation	,408	1
	Sig. (2-tailed)	,495	
	N	5	5

Fonte: Elaboração própria

b. Correlações Enfermeiros

H1: A comunicação influencia positivamente a liderança

Registou-se um $r = 0,607$ ao nível de significância de 0,01 e um coeficiente de correlação de 0,327 para o tau de Kendall, ao nível de significância de 0,05, o que permite aceitar a hipótese de a comunicação influenciar positivamente a liderança.

Assim no que toca à H1: A comunicação influencia positivamente a liderança, confirma-se que a perceção da comunicação por parte dos enfermeiros-chefes é muito elevada ($M=5.00$, $DP=0.00$, em ambos hospitais), o que parece ter reflexo na sua perceção enquanto líderes, por parte dos enfermeiros.

Tabela 23: Coeficiente de Pearson Comunicação - Liderança

Correlations			
		Comunicação	Liderança
Comunicação	Pearson Correlation	1	,607**
	Sig. (2-tailed)		,006
	N	19	19
Liderança	Pearson Correlation	,607**	1
	Sig. (2-tailed)	,006	
	N	19	19

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

Fonte: Elaboração própria

Tabela 24: Tau de Kendall Comunicação - Liderança

Correlations			Comunicação	Liderança
Kendall's tau_b	Comunicação	Correlation Coefficient	1,000	,327*
		Sig. (1-tailed)	.	,039
		N	19	19
	Liderança	Correlation Coefficient	,327*	1,000
		Sig. (1-tailed)	,039	.
		N	19	19

*. Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Fonte: Elaboração própria

H2: A motivação intrínseca influencia positivamente a liderança

Registou-se um $r = -0,106$, não significativo (0,667 maior que o nível de significância de 0,01) o que não permite aceitar a hipótese. O mesmo ocorre com o tau de Kendall, em que o valor é de -0,216 e não significativo.

Relativamente a esta hipótese há ainda que salientar que apesar das respostas dos enfermeiros-chefes serem ambas positivas, os líderes do Hospital S. José obtiveram resultados médios mais baixos ($M=3.67$, $DP= 2.31$), enquanto os seus colegas do Hospital D. Estefânia deram classificação máxima ($M=5.00$, $DP=0.00$).

Tabela 25: Coeficiente de Pearson Motivação Intrínseca - Liderança

Correlations			Motivação Intrínseca	Liderança
Motivação Intrínseca	Pearson Correlation		1	-,106
	Sig. (2-tailed)			,667
	N		19	19
Liderança	Pearson Correlation		-,106	1
	Sig. (2-tailed)		,667	
	N		19	19

Fonte: Elaboração própria

Tabela 26: Tau de Kendall Motivação Intrínseca - Liderança

Correlations			Motivação Intrínseca	Liderança
Kendall's tau_b	Motivação Intrínseca	Correlation Coefficient	1,000	-,216
		Sig. (1-tailed)	.	,140
		N	19	19
	Liderança	Correlation Coefficient	-,216	1,000
		Sig. (1-tailed)	,140	.
		N	19	19

Fonte: Elaboração própria

H3: A motivação extrínseca influencia positivamente a liderança

Registou-se um $r = 0,394$, não significativo (0,095 maior que o nível de significância de 0,01) o que não permite aceitar a hipótese. O mesmo ocorre com o tau de Kendall, em que o valor é de 0,107 e não significativo.

Tabela 27: Coeficiente de Pearson Motivação Extrínseca - Liderança

Correlations			Motivação Extrínseca	Liderança
Motivação Extrínseca		Pearson Correlation	1	,394
		Sig. (2-tailed)		,095
		N	19	19
Liderança		Pearson Correlation	,394	1
		Sig. (2-tailed)	,095	
		N	19	19

Fonte: Elaboração própria

Tabela 28: Tau de Kendall Motivação Extrínseca - Liderança

Correlations			Motivação Extrínseca	Liderança
Kendall's tau_b	Motivação Extrínseca	Correlation Coefficient	1,000	,107
		Sig. (1-tailed)	.	,288
		N	19	19
	Liderança	Correlation Coefficient	,107	1,000
		Sig. (1-tailed)	,288	.
		N	19	19

Fonte: Elaboração própria

H4: A resiliência profissional influencia positivamente a liderança

Registou-se um $r = 0,692$ ao nível de significância de 0,01 e um tau de Kendall de 0,446 ao nível de significância 0,05, o que permite aceitar a hipótese de a resiliência profissional influenciar positivamente a liderança. No entanto tal aceitação merece reservas por o alfa de Cronbach dos itens de resiliência ser de 0,016.

Os enfermeiros-chefes reportaram grande capacidade de resiliência, máximo no caso dos profissionais do Hospital S. José ($M=5.00$, $DP=0.00$) e próxima desse valor no caso do Hospital D. Estefânia ($M= 4.67$, $DP= 0.58$).

Os enfermeiros de ambos os hospitais apontam grande maturidade emocional aos líderes, bem como capacidade de perceber as emoções dos outros (média superior a quatro em ambos os hospitais); relativamente à tolerância dos enfermeiros-chefes à pressão os resultados foram também positivos, embora não tanto como no caso anterior, em particular no Hospital S. José ($M= 3.25$, $DP= 1.22$).

Tabela 29: Coeficiente de Pearson Resiliência Líder- Liderança

Correlations		Resiliência Líder	Liderança
Resiliência Líder	Pearson Correlation	1	,692**
	Sig. (2-tailed)		,001
	N	19	19
Liderança	Pearson Correlation	,692**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	
	N	19	19

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

Fonte: Elaboração própria

Tabela 30: Tau de Kendall Resiliência Líder - Liderança

Correlations			Resiliência Líder	Liderança
Kendall's tau_b	Correlation Coefficient		1,000	,446*
	Resiliência Líder Sig. (1-tailed)		.	,010
	N		19	19
	Correlation Coefficient		,446*	1,000
	Liderança Sig. (1-tailed)		,010	.
	N		19	19

*. Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Fonte: Elaboração própria

H5: As competências técnicas influenciam positivamente a liderança

Registou-se um $r = 0,753$ ao nível de significância de 0,01 e um tau de Kendall de 0,562 para o mesmo nível de significância, o que permite aceitar a hipótese de as competências técnicas influenciarem positivamente a liderança.

No caso das competências técnicas, estas foram reportadas pelos enfermeiros-chefes de ambos os hospitais como extramente positivas, alcançando mesmo o valor máximo no Hospital D. Estefânia. Esta atribuição positiva teve repercussão nas avaliações das respetivas equipas de enfermagem com resultados positivos nas classificações das competências do líder (e.g. O meu líder tem grande capacidade analítica de raciocínio lógico-dedutivo).

Tabela 31: Coeficiente de Pearson Competências Técnicas- Liderança

Correlations			
		Comp. Técnicas	Liderança
Comp. Técnicas	Pearson Correlation	1	,753**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	19	19
Liderança	Pearson Correlation	,753**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	19	19

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

Fonte: Elaboração própria

Tabela 32: Tau de Kendall Competências Técnicas - Liderança

Correlations			Comp. Técnicas	Liderança
Kendall's tau_b	Comp. Técnicas	Correlation Coefficient	1,000	,562**
		Sig. (1-tailed)	.	,002
		N	19	19
	Liderança	Correlation Coefficient	,562**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,002	.
		N	19	19

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Fonte: Elaboração própria

H6: A comunicação influencia positivamente o desempenho

Registou-se um $r = 0,618$ ao nível de significância de 0,01 e um tau de Kendall de 0,502 para igual nível de significância, o que permite aceitar a hipótese de a comunicação influenciar positivamente o desempenho.

Tabela 33: Coeficiente de Pearson Comunicação Desempenho

Correlations			
		Comunicação	Desempenho
Comunicação	Pearson Correlation	1	,618 **
	Sig. (2-tailed)		,005
	N	19	19
Desempenho	Pearson Correlation	,618 **	1
	Sig. (2-tailed)	,005	
	N	19	19

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

Fonte: Elaboração própria

Tabela 34: Tau de Kendall Comunicação – Desempenho

Correlations			
		Comunicação	Desempenho
Kendall's tau_b	Correlation Coefficient	1,000	,502**
	Comunicação Sig. (1-tailed)	.	,003
	N	19	19
	Correlation Coefficient	,502**	1,000
	Desempenho Sig. (1-tailed)	,003	.
	N	19	19

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Fonte: Elaboração própria

H7: A motivação intrínseca influencia positivamente o desempenho

Registou-se um $r = -0,195$, não significativo (0,423 maior que o nível de significância de 0,01), acontecendo o mesmo no caso do tau de Kendall, -0,098 (0,309 maior que o nível de significância de 0,01) o que não permite aceitar a hipótese.

Tabela 35: Coeficiente de Pearson Motivação Intrínseca-Desempenho

Correlations			
		Motivação Intrínseca	Desempenho
Motivação Intrínseca	Pearson Correlation	1	-,195
	Sig. (2-tailed)		,423
	N	19	19
Desempenho	Pearson Correlation	-,195	1
	Sig. (2-tailed)	,423	
	N	19	19

Fonte: Elaboração própria

Tabela 36: Tau de Kendall Motivação Intrínseca – Desempenho

Correlations			Motivação Intrínseca	Desempenho
Kendall's tau_b	Correlation Coefficient		1,000	-,098
	Motivação Intrínseca Sig. (1-tailed)		.	,309
	N		19	19
	Correlation Coefficient		-,098	1,000
	Desempenho Sig. (1-tailed)		,309	.
	N		19	19

Fonte: Elaboração própria

H8: A motivação extrínseca influencia positivamente o desempenho

Registou-se um $r = 0,234$, não significativo (0,234 maior que o nível de significância de 0,01) e um tau de Kendall de 0,225, igualmente não significativo, o que não permite aceitar a hipótese.

Tabela 37: Coeficiente de Pearson Motivação Extrínseca-Desempenho

Correlations			Motivação Extrínseca	Desempenho
Motivação Extrínseca	Pearson Correlation		1	,287
	Sig. (2-tailed)			,234
	N		19	19
Desempenho	Pearson Correlation		,287	1
	Sig. (2-tailed)		,234	
	N		19	19

Fonte: Elaboração própria

Tabela 38: Tau de Kendall Extrínseca – Desempenho

Correlations			Motivação Extrinseca	Desempenho
Kendall's tau_b	Correlation Coefficient		1,000	,225
	Motivação Extrinseca Sig. (1-tailed)		.	,119
	N		19	19
	Correlation Coefficient		,225	1,000
	Desempenho Sig. (1-tailed)		,119	.
	N		19	19

Fonte: Elaboração própria

H9: A resiliência profissional influencia positivamente o desempenho

Registou-se um $r = 0,844$ para o enfermeiro-chefe (Líder) e um $r = 0,552$ para os enfermeiros, ao nível de significância de 0,01 e ao nível de significância de 0,05 respetivamente. No caso do tau de Kendall, para os mesmos níveis de significância também se registam os valores 0,390 e 0,771, o que permite aceitar a hipótese de a resiliência profissional influenciar positivamente o desempenho. No entanto faz-se notar que o alfa de Cronbach de 0,016 para o caso do enfermeiro-chefe implica algumas reservas na aceitação desta hipótese.

Tabela 39: Coeficiente de Pearson Resiliência Profissional-Desempenho

Correlations			Resiliência Líder	Resiliência enfemeiros	Desempenho
Resiliência Líder	Pearson Correlation		1	,506*	,844**
	Sig. (2-tailed)			,027	,000
	N		19	19	19
Resiliência enfemeiros	Pearson Correlation		,506*	1	,552*
	Sig. (2-tailed)		,027		,014
	N		19	19	19
Desempenho	Pearson Correlation		,844**	,552*	1
	Sig. (2-tailed)		,000	,014	
	N		19	19	19

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

Fonte: Elaboração própria

Tabela 40: Tau de Kendall Resiliência Profissional-Desempenho

Correlations			Resiliência Líder	Resiliência enfemeiros	Desempenho
Kendall's tau_b	Resiliência Líder	Correlation	1,000	,390*	,771**
		Coefficient			
		Sig. (1-tailed)	.	,030	,000
		N	19	19	19
	Resiliência enfemeiros	Correlation	,390*	1,000	,496**
		Coefficient			
		Sig. (1-tailed)	,030	.	,007
		N	19	19	19
	Desempenho	Correlation	,771**	,496**	1,000
		Coefficient			
		Sig. (1-tailed)	,000	,007	.
		N	19	19	19

*. Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Fonte: Elaboração própria

H10: As competências técnicas influenciam positivamente o desempenho

Registou-se um $r = 0,780$ ao nível de significância de 0,01 e um valor do tau de Kendall 0,705 para o mesmo nível de significância, o que permite aceitar a hipótese de a comunicação influenciar positivamente o desempenho.

Tabela 41: Coeficiente de Pearson Competências Técnicas-Desempenho

Correlations			Comp. Técnicas	Desempenho
Comp. Técnicas	Pearson Correlation	1		,780**
	Sig. (2-tailed)			,000
	N	19		19
Desempenho	Pearson Correlation	,780**		1
	Sig. (2-tailed)	,000		
	N	19		19

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

Fonte: Elaboração própria

Tabela 42: Tau de Kendall Competências Técnicas-Desempenho

Correlations			
		Comp. Técnicas	Desempenho
Kendall's tau_b	Correlation Coefficient	1,000	,705**
	Comp. Técnicas Sig. (1-tailed)	.	,000
	N	19	19
	Correlation Coefficient	,705**	1,000
	Desempenho Sig. (1-tailed)	,000	.
	N	19	19

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Fonte: Elaboração própria

H11: A liderança influencia positivamente o desempenho da equipa de enfermagem

Registou-se um $r = 0,747$ para a desempenho global e um $r = 0,642$ para o item 26, ao nível de significância de 0,01. No caso do tau de Kendall registaram-se respetivamente os valores 0,543 e 0,878 ao nível de significância 0,01, o que permite aceitar a hipótese de a liderança influenciar positivamente o desempenho da equipa de enfermagem.

Tabela 43: Coeficiente de Pearson Liderança-Desempenho

		Desempenho	26. Considero o desempenho global da equipa muito bom
Liderança	Pearson Correlation	,747**	,642**
	Sig. (2-tailed)	,000	,003
	N	19	19

Fonte: Elaboração própria

Tabela 44: Tau de Kendall Liderança-Desempenho

Correlations				
		Desempenho	Liderança	26. Considero o desempenho global da equipa muito bom
Kendall's tau_b	Desempenho			
	Correlation Coefficient	1,000	,543**	,878**
	Sig. (1-tailed)	.	,002	,000
Kendall's tau_b	Liderança			
	Correlation Coefficient	,543**	1,000	,878**
	Sig. (1-tailed)	,002	.	,000
Kendall's tau_b	N	19	19	19
	Desempenho			
	Correlation Coefficient	1,000	,543**	,878**
	Sig. (1-tailed)	.	,002	,000
	N	19	19	19

Liderança	Correlation	,543**	1,000	,478**
	Coefficient			
	Sig. (1-tailed)	,002	.	,009
	N	19	19	19
26. Considero o desempenho global da equipa muito bom	Correlation	,878**	,478**	1,000
	Coefficient			
	Sig. (1-tailed)	,000	,009	.
	N	19	19	19

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Fonte: Elaboração própria

Como podemos observar através da análise do teste das hipóteses, é clara a importância que o papel do líder tem para as suas equipas.

Apesar de os resultados poderem ser considerados positivos, o certo é que a nível da perceção dos enfermeiros em relação aos seus chefes, existe por vezes uma clara dificuldade em serem transmitidas as ideias e preocupações dos enfermeiros.

Este fato pode dever-se ao volume de trabalho que não permite ao chefes ouvirem todos os elementos da sua equipa como gostaria, como pode ser também resultado de uma postura menos acessível de algumas chefias.

Verifica-se que as equipas vêm no seu líder um exemplo a seguir e que o consideram como uma pessoa com capacidades distintas, sendo por isso que assume uma posição de liderança. Apesar desta clara “admiração” e respeito pelo chefe, o certo é que os enfermeiros também têm expectativas relativamente elevadas em relação às ações e decisões que o chefe deve tomar, tendo em conta esta ideia, existe aqui um espaço para que em caso de falhas da chefia, estas sejam mais rapidamente alvo de crítica, podendo este fato contribuir para a criação de um ambiente menos positivo.

Verificamos desta forma que a liderança assume um papel importante na motivação, satisfação e eficiência das equipas de enfermagem, sendo este um fato a reter principalmente por parte dos líderes, que se devem preocupar em manter as suas equipas satisfeitas e motivadas.

Capítulo V - Conclusões

1. Considerações finais

Ao longo deste trabalho podemos observar através da revisão de literatura que cada vez mais é dada uma maior importância à análise da satisfação e motivação dos colaboradores.

Esta temática ganha cada vez mais importância principalmente a nível da gestão estratégica, uma vez que as organizações se vêm cada vez mais obrigadas a fazer mais com menos, sendo o seu recurso mais valioso os colaboradores já que, graças a eles que as organizações existem, laboram e os objetivos das mesmas são concretizados.

Também na área da gestão da saúde se percebe que a valorização das equipas é um fator fundamental para o sucesso da sua ação, sendo claro que este é uma área muito sensível, onde não existe espaço as falhas principalmente a nível das equipas de enfermagem e médicas.

Assim, verificamos que no seio das equipas de enfermagem se torna cada vez mais importante o bom desempenho do papel do líder pois é ele que deve ser capaz de gerir as expectativas da sua equipa, apoiá-la e motivá-la mesmo que a nível dos recursos se assiste cada vez mais a uma contenção que, influencia diretamente as condições destes profissionais.

As equipas de enfermagem possuem um grande grau de ligação, sendo a comunicação interna fundamental para que todos entendam o seu papel e a sua importância no grupo. A definição desta comunicação deve ser feita pelo líder pois é ele que conhece ou deve conhecer, os seus colaboradores e como tal, ele deve funcionar como o “árbitro” que gere diariamente as ações.

As formas de recompensa são um aspeto crucial na motivação das equipas, tendo em conta a contenção orçamental, o papel do líder é ainda mais crucial pois, apesar de não haver aumentos salariais ou progressão na carreira, se o líder se mantiver motivado e souber motivar a sua equipa através do elogio e reforço positivo, existe uma maior garantia que a mesma atuará de forma eficiente.

Assim, verificamos que a temática de satisfação e motivação das pessoas no ambiente de trabalho é sem dúvida um aspeto a ser estudado pela gestão pois, estes aspetos influenciam de forma clara a concretização dos objetivos estratégicos que a gestão define e pretende atingir.

A liderança é um tema atual na investigação e tem merecido a atenção dos investigadores que estudam o tema na área da enfermagem. No caso dos países de idioma português, identificou-se que o Brasil é o país que mais publica resultados de investigação sobre o tema da liderança na enfermagem.

Os dados do estudo empírico não permitem, no entanto, validar o modelo proposto. A dimensão da amostra não permite uma conclusão mais substancial. Com as necessárias reservas, confirma-se que a liderança tem impacto no desempenho das equipas de enfermagem e que a comunicação entre os enfermeiros-chefes e as respetivas equipas tem um papel primordial para o bom desempenho. Os resultados do estudo, na generalidade, estão em linha com estudos anteriores e afigura-se que o que ocorre nas equipas de enfermagem em Portugal, não é distinto do que ocorre com as equipas de enfermagem no Brasil. Uma explicação para tal facto pode estar na semelhança das funções exercidas e na semelhança cultural existente entre os dois países. No entanto, das 11 hipóteses iniciais, em que 5 foram aceites, 4 não foram aceites e 2 foram aceites com reservas verificamos que:

Hipóteses	Aceitação /Rejeição
H1: A comunicação influencia positivamente a liderança Esta hipótese é concordante com a literatura revista e com os estudos efetuados anteriormente.	Aceite
H2: A motivação intrínseca influencia positivamente a liderança A rejeição da hipótese contraria a teoria existente e os estudos anteriores. A razão mais admissível para isto acontecer, estará na dimensão da amostra.	Não aceite
H3: A motivação extrínseca influencia positivamente a liderança A rejeição da hipótese contraria a teoria existente e os estudos anteriores. A razão mais admissível para isto acontecer, estará na dimensão da amostra.	Não aceite
H4: A resiliência profissional influencia positivamente a liderança A aceitação desta hipótese está de acordo com a teoria existente e com a revisão da literatura que efetuamos no campo da enfermagem. A aceitação com reservas está no alfa de Cronbach que obtivemos.	Aceite c/ reservas

Hipóteses	Aceitação /Rejeição
H5: As competências técnicas influenciam positivamente a liderança Esta hipótese é concordante com a literatura revista e com os estudos efetuados anteriormente.	Aceite
H6: A comunicação influencia positivamente o desempenho Esta hipótese é concordante com a literatura revista e com os estudos efetuados anteriormente.	Aceite
H7: A motivação intrínseca influencia positivamente o desempenho A rejeição da hipótese contraria a teoria existente e os estudos anteriores. A razão mais admissível para isto acontecer, estará na dimensão da amostra.	Não aceite
H8: A motivação extrínseca influencia positivamente o desempenho A rejeição da hipótese contraria a teoria existente e os estudos anteriores. A razão mais admissível para isto acontecer, estará na dimensão da amostra.	Não aceite
H9: A resiliência profissional influencia positivamente o desempenho A aceitação desta hipótese está de acordo com a teoria existente e com a revisão da literatura que efetuamos no campo da enfermagem. A aceitação com reservas está no alfa de Cronbach que obtivemos.	Aceite c/ reservas
H10: As competências técnicas influenciam positivamente o desempenho Esta hipótese é concordante com a literatura revista e com os estudos efetuados anteriormente.	Aceite
H11: A liderança influencia positivamente o desempenho da equipa de enfermagem Esta hipótese é concordante com a literatura revista e com os estudos efetuados anteriormente.	Aceite

Em síntese, as hipóteses que relacionam a motivação com a liderança e com o desempenho, ao não serem aceites, não estão em concordância com a literatura revista. Uma possível explicação pode ser a dimensão da amostra, no entanto, o contexto de crise económica e dificuldades sentidas no dia-a-dia de trabalho podem ter tido influência nas respostas dos questionados, o que sugere a necessidade de ampliar a amostra e replicar o estudo em outro contexto socioeconómico.

Considera-se, com a devida ressalva atendendo à dimensão da amostra, que os objetivos do trabalho foram alcançados porque em termos de objetivos específicos:

1. Foi possível com o presente trabalho compreender o conceito de liderança e o seu impacto na enfermagem;
2. Conseguimos definir o papel do enfermeiro líder e as suas funções;
3. Após análise dos dados estamos em condições de poder sugerir melhorias nestas mesmas funções contribuindo para a melhoria dos serviços;
4. Conseguimos entender a importância da resiliência no enfermeiro líder;
5. Conseguimos entender a influência da motivação (intrínseca e extrínseca) na liderança e no desempenho profissional do enfermeiro, ainda que do ponto de vista estatístico os resultados sejam contrários ao que é afirmado na literatura e em estudos anteriores;
6. A revisão da literatura e os resultados obtidos no estudo empírico permitiram definir a importância efetiva da capacidade de comunicação do enfermeiro-chefe;
7. Através do estudo empírico foi possível determinar o efeito da competência técnica na liderança e no desempenho.

Quanto ao objetivo geral, estudo do impacto da liderança do enfermeiro-chefe no desempenho na equipa de enfermagem, ainda que com algumas reservas advindas dos resultados do estudo empírico, o mesmo foi conseguido quer pela revisão da literatura quer pela elaboração e execução do estudo empírico.

2. Limitações ao Estudo e Sugestão de Investigações Futuras

A nível das limitações ao estudo, tivemos algumas dificuldades em obter mais respostas e respostas mais completas ao nosso questionário. Esta é talvez a maior das limitações pois, sendo este o nosso instrumento de recolha de dados, é fundamental que se consiga uma boa diversidade e qualidade de respostas.

Consideramos que este fato ocorreu em certa medida porque nem sempre os profissionais dispõem de tempo para participar neste tipo de estudo, tendo em conta que muito se encontram com horários sobrecarregados.

Assim, consideramos que no futuro e com um horizonte temporal maior para a aplicação do estudo, se poderia voltar a esta temática da motivação e satisfação das equipas de enfermagem e desenvolver-se um estudo de maior dimensão.

Esta limitação, do tamanho da amostra, em particular no que se refere aos enfermeiros chefes, leva a que consideremos que os resultados e as conclusões que se retiram dos mesmos, devam ser interpretados com as necessárias cautelas. Em nosso entender, será necessária confirmação futura das hipóteses rejeitadas que contrariam a teoria existente e os estudos efetuados anteriormente. Será necessário aumentar o número de questionários respondidos, principalmente no caso dos enfermeiros-chefe, e investigar sobre as razões de os dados empíricos se apresentarem em sentido contrário ao que seria de esperar. Podemos estar perante uma situação de a amostra estar enviesada, ainda que nos pareça que seja mais uma questão de dimensão da amostra.

O presente estudo está também limitado pela dificuldade em trabalhar os artigos científicos no idioma inglês, por falta de um bom domínio desse idioma, o que implicou limitar o número de artigos e livros que abordam a matéria, já que tal implicaria utilizar tempos que não eram compatíveis com o prazo de apresentação da presente dissertação.

Consideramos que, também seria interessante no futuro, se realizar um estudo comparativo entre os resultados da presente investigação e, comparar com dados de um estudo realizado sobre a mesma temática mas daqui a cinco ou dez anos, de forma a procurar-se fazer um descrição da evolução do peso e importância desta temática no seio das equipas de enfermagem.

3. Implicações do trabalho para a gestão

Do presente trabalho, em particular da parte referente ao estudo empírico, sobressaem algumas implicações para a gestão. Em primeiro lugar e como primeira implicação para a gestão, importa salientar a importância da liderança para um bom desempenho da equipa de enfermagem. O que leva a pensar, no âmbito da gestão de recursos humanos, na necessidade, de aprimorar o processo de recrutamento e seleção dos enfermeiros com melhor perfil para assumirem os cargos de chefia e de liderança. Nesse sentido, será eventualmente aconselhável definir os tipos de perfil dos potenciais líderes, considerando não apenas as competências profissionais de natureza da função enfermagem, mas também as de gestão e de relacionamento interpessoal. Quanto este último aspeto, ele nos leva à segunda implicação que pretendemos apresentar. Dada a importância da comunicação tanto para uma boa liderança quanto para o bom desempenho da equipa, importará que as Unidade de Saúde onde os enfermeiros trabalham, promovam ações de formação que promovam as competências de comunicação, em particular aquelas que ajudam a mediar potenciais conflitos.

A resiliência profissional assume um aspeto essencial nas atividades de enfermagem, daí será conveniente identificar para posições de chefia e de liderança enfermeiros com os mais elevados níveis de resiliência profissional, o que poderá facilitar a transmissão das estratégias do líder para lidar com situações adversas aos membros da equipa o mesmo lidera.

Apesar das nossas hipóteses sobre motivação (intrínseca e extrínseca) terem sido rejeitadas, a literatura revista indica que existe uma relação entre motivação e satisfação profissional, e por consequência com o próprio nível de desempenho. Ao nível da gestão prática, tal implica que as unidades de saúde e os líderes estejam atentos aos níveis de motivação existentes entre os membros das equipas de enfermagem, já que a motivação influirá na satisfação profissional e no desempenho da equipa. Para o efeito, os líderes devem ter imensa sensibilidade em relação as diversas motivações individuais e saber conjugá-las em função dos objetivos e metas de cada equipa ou unidade de cuidados de saúde.

Por último, das visitas efetuadas aos dois Hospitais e dos contatos efetuados, ficou-nos a impressão que existe uma componente emocional, que faz parte da essência de qualquer ser humano, a ter em conta nas análises e decisões tomadas pelos líderes das equipas, a qual afeta a comunicação e por consequência o desempenho da equipa. Tal componente emocional não deve ser desprezada e importará que os líderes saibam como gerir a mesma na hora de tomarem decisões e comunicar as mesmas, principalmente num contexto de crise económico-financeiro como o que é vivido recentemente nas unidades hospitalares portuguesas, onde diversas vezes senti a existência de um certo clima de frustração e impotência para resolver determinados problemas tanto nos enfermeiros quanto nos seus líderes.

Referências bibliográficas

AL-QAHTANI, M. *et al.* (2012). Quality of care in accredited and non-accredited hospitals: perceptions of nurses in the Eastern Province. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. Vol. 87, pp. 39-44.

AREOSA, J.; CARAPINHEIRO, G. (2008). *Quando a imagem é profissão*. Sociologia, Problemas e Prática, N.º 57, 2008, Pag.83 -108

ARRUDA, Â. F., CHRISÓSTOMO, E., & RIOS, S. S. (2010). A importância da liderança nas organizações. *Revista Razão Contábil & Finanças*, 1(1).

AVOLIO, B. J., BASS, B. M., & JUNG, D. I. (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership. *Journal of occupational and organizational psychology*, 72(4), 441-462.

AZEVEDO, A. C., (1991). Avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 25, 64-71.

BALSANELLI, A. P., CUNHA, I. C. K. O., & WHITAKER, I. Y. (2009). Estilos de liderança de enfermeiros em unidade de terapia intensiva: associação com o perfil pessoal, profissional e carga de trabalho. *Rev Lat Am Enferm*, 17(1), 28-33.

BASS, B. M. (1991). From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. *Organizational dynamics*, 18(3), 19-31.

BERGAMINI, C. W. (1994). Liderança: a administração do sentido. *Revista de Administração de Empresas*, 34(3), 102-114.

BERRY, W. (s.d.). Frases de Warren Berry. (consult. 27/10/2014). Disponível em <http://www.frasesypensamientos.com.ar/autor/warren-bennis.html>.

BLAKE, R. R. (1981). The Academic Administrator Grid. A Guide to Developing Effective Management Teams.

BOHRER, R. S. (1981). Motivação: abordagem crítica da teoria de Maslow pela propaganda. *Revista de Administração de Empresas*, 21(4), 43-47.

BRANDÃO, H. P., & GUIMARÃES, T. D. A. (2001). Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto. *RAE*, 41(1), 8-15.

BRITO, L. A. L., & VASCONCELOS, F. C. (2004). A heterogeneidade do desempenho, suas causas e o conceito de vantagem competitiva: proposta de uma métrica. *Revista de Administração Contemporânea*, 8(spe), 107-129.

BROSNAN, J., & JOHNSTON, M. (1980). Stressed but satisfied: organizational change in ambulatory care. *Journal of Nursing Administration*, 10(11), 43-47.

CARDOSO, O. O. (2006). Comunicação empresarial versus comunicação organizacional: novos desafios teóricos. *RAP Rio de Janeiro*, 40(6), 1123-44.

CARVALHO, C. G., & MAGALHÃES, S. R. (2011). Síndrome de burnout e suas consequências nos profissionais de enfermagem. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 9(1), 200-210.

CASTILHO, V. (2002). A enfermagem e o gerenciamento de custos. *Rev Esc Enferm USP*, 36(3), 240-4.

CASTRO, C. B. (2007). Dimensões da liderança: um estudo de características individuais e profissionais do Enfermeiro na Instituição Hospitalar [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

CECÍLIO, L. (1999). Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*. Jul-Dez; 4 (2): 315-29.

CHIAVENATO, I. (1982). *Administração de empresas. Uma abordagem contingencial*. São Paulo: McGraw-Hill.

CHIAVENATO, I. (1987). *Teoria geral da administração*. v.1. 3a ed. São Paulo (SP): McGraw- Hill.

CHIAVENATO, I. (1999). *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus Lda. CHIAVENATO, I. (2004). *Administração nos novos tempos*. Rio de Janeiro: Elsevier.

CHIAVENATO, I. (2009). *Recursos Humanos: o capital humano das organizações*. Rio de Janeiro: Elsevier.

CONCEIÇÃO, C., GONÇALVES, A., BLAISE, P., VAN LERBERGHE, W., & FERRINHO, P. (2001). A gestão do desempenho dos médicos de família no Serviço Nacional de Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19(1), 15-23.

CORREIA, J. (1983). O Sistema de Gestão do Hospital: Contributo para uma visão sistémica. *Revista da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares*, 3, Ano I, Julho/Setembro 1983, p.3-9.

CRAWFORD, R. (1994). *Na era do capital humano*. Tradução Gouveia LB. São Paulo: Atlas.

CRUZ, B. S. P. D. (2014). Burnout e fadiga por compaixão em enfermeiros portugueses. *Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra*.

CUNHA, M. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. 6ª ed. Lisboa: RH Editora.

DA SILVA, B. M., LIMA, F. R. F., FARIAS, F. S. D. A. B., & CAMPOS, A. D. C. S. (2006). Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(3), 442-448.

DE CAMARGO SILVA, A. E. B., DE BERTOLI CASSIANI, S. H., MIASSO, A. I., & OPITZ, S. P. (2007). Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paul Enferm*, 20(3), 272-6.

DE MELO, M. B., BARBOSA, M. A., & DE SOUZA, P. R. (2011). Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(4), 1047-1055.

DE SOUZA PIRES, J. C., & MACÊDO, K. B. (2006). Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. *RAP Rio de Janeiro*, 40(1), 81-105.

DIAS, M. (2003). *Liderança e mudanças na educação*. Cadernos. Centro Univ. S. Camilo, São Paulo, v.9, n.3, p.112-116, jul./ set.

DOSSEY, B.; SELANDERS, L.; BECK, D.; ATTEWELL, A. (2005). *Florence Nightingale today: Healing, leadership, global action*. Silver Spring, MD: Nursebooks.org .

EBISUI, C. T. N. (2008). *Trabalho docente do enfermeiro e a Síndrome de Burnout: desafios e perspectivas* (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo).

EL-JARDALI, F. *et al.* (2008). The impact of hospital accreditation on quality of care: Perception of Lebanese nurses. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 20, N.º 5: pp. 363-371.

FERNANDES J. (2011). *Três Olhares sobre o Futuro da Saúde em Portugal*. Cascais: Principia Editora, Lda., p. 15-49.

FERNANDES M. (2012). *Satisfação profissional dos enfermeiros do bloco operatório da unidade de saúde de Matosinho*. Dissertação de Mestrado em Economia e Gestão de Serviços de Saúde. Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

FERNANDES, B. H. R., FLEURY, M. T. L., & MILLS, J. (2006). Construindo o diálogo entre competência, recursos e desempenho organizacional. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, 46(4), 48-65.

FERNANDES, U., & SOARES, N. V. (2013). Modelos de liderança adotados por enfermeiros de um hospital do Rio Grande do Sul. *Journal of Nursing and Health*, 2(1), 38-43.

FIGUEIREDO FILHO, D. B., & SILVA JUNIOR, J. A. (2010). Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje*, 18(1)

FLEURY, M. T. L., & FLEURY, A. C. C. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de administração contemporânea*, 5 (SPE), 183-196.

FLEURY, M. T. L., & FLEURY, A. C. C. (2004). Alinhando estratégia e competências. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, 44(1), 44-57.

FORTIN, M. F.(1999). *O Processo de Investigação–Da concepção à realidade*. Loures: Lusociência.

FREITAS, A. L. P., & RODRIGUES, S. G. (2005). A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente Alfa de Cronbach. *Anais do Simpósio de Engenharia de Produção–SIMPEP*, Bauru, São Paulo, 12.

GALVÃO, C. M., & SAWADA, N. O. (2005). A liderança como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26(3), 293.

GALVÃO, C. M., SAWADA, N. O., CASTRO, A. P. D., & CORNIANI, F. (2000). Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 8(5), 34-43.

GALVÃO, C.M.; TREVIZAN, M.A.; SAWADA, N.O.; FÁVERO, N. (1997). O estilo de liderança exercido pelo enfermeiro de unidade de internação cirúrgica sob o enfoque da liderança situacional. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, 5 (2), 39-47.

GOMES, A. R., & CRUZ, J. (2007). Abordagem carismática e transformacional: modelos conceptuais e contributos para o exercício da liderança. *Psicologia USP*, 18(3), 143-161.

GOMES, D. (2011). *Psicologia das Organizações, do Trabalho e dos Recursos Humanos*. Coimbra: Companions.

GOMES, R.; CRUZ, J.; CABANELAS, S. (2009). Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Jul-Set 2009, Vol. 25 n. 3, pp. 307-318

GRAYLING, A. (2003). *Epistemology* in Bunnin, Nicholas & Tsui-James, E. P. (eds.) *The Blackwell companion to philosophy*. 2nd ed. Oxford: Blackwell.

GRAZZIANO, E. D. S. (2008). *Estratégia para redução do stress e burnout entre enfermeiros hospitalares* (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo).

GUIMARÃES, J. G., & CARNEIRO, T. R. Q. S. (2014). Trabalhos Psicoterapêuticos em Grupo: diferentes contextos. *Fragmentos de Cultura*, 24, 139-149.

GUTIERREZ, B. A. O., & CIAMPONE, M. H. T. (2006). Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Acta paul enferm*, 19(4), 456-61.

HANDY C. (1978). *Como compreender as organizações*. Tradução Oereira HMCM. Rio de Janeiro: Zahar.

HAYES, B. E. (1995). Medindo a satisfação do cliente. *Rio de Janeiro: Editora Qualitymark*.

HESPANHOL, A. (1996). *Condições do Exercício da Clínica Geral do Norte de Portugal*. Dissertação de Doutorado, Faculdade de Medicina do Porto.

HOOPER, A., & POTTER, J. (2010). Liderança inteligente. *Criar a paixão pela mudança (8ª ed.)*. Lisboa: Atual Editora.

JACQUELYN, H. F., & EDWARD, J. H. (1980). Areas of agreement in nursing theory development. *Advances in Nursing Science*, 3(1), 1-8.

JORGE, M. S. B.; FREITAS, C. H. A. D.; NÓBREGA, M. F. B.; & QUEIROZ, M. V. O. (2007). Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(1), 81-86.

KIPNIS, D. (1958). The effects of leadership style and leadership power upon the inducement of an attitude change. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 57(2), 173.

KRUMM, D. (2005). *Psicologia do Trabalho: uma introdução à psicologia industrial/organizacional*. Rio de Janeiro: Livro Técnico e Científico Editora S.A..

KURCGANT, P.; CUNHA, K.; MASSAROLLO, M. (1991). *Administração em enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, p. 165-78.

LANZONI, G. M. M., & MEIRELLES, B. H. S. (2011). Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 651-658.

LARANJEIRA, S. (1999). *Fordismo e pós-fordismo* in Cattani AD organizador. *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. 2a ed. Petrópolis (RJ): Vozes Ed. UFRG; p.292.

LEININGER, M. (1974). The leadership crisis in nursing: a critical problem and challenge. *Journal of Nursing Administration*, 4(2), 28-29.

LEWIS, J. H. (1976). Conflict management. *Journal of Nursing Administration*, 6(10), 18-22.

LINO, M. (2004). *Qualidade de Vida e Satisfação Profissional de Enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva*. Dissertação de Doutorado. Universidade de São Paulo.

LOBOS, J. (1975). Teorias sobre a motivação no trabalho. *Revista de Administração de empresas*, 15(2), 17-25.

LOCKE, E. (1976). *The nature and causes of job satisfaction* in Consulting Psychologists Press, M. Dunnette (editor), *Handbook of industrial and organizational psychology*, (pp. 1297-1349), Chicago.

LOCKE, E., (1984). *Job satisfaction*. Social psychology and organizational behavior (pp. 93-117). New York.

LOPES, A. (2007). *Qualidade dos Serviços de Saúde: Boas Práticas na organização e Gestão dos Serviços de Saúde. Um Estudo de Três Centros de Saúde da Região de Saúde do Centro. Questões Sociais Contemporâneas. Atas das VII Jornadas do Departamento de Sociologia*. Universidade de Évora. 2007 ISBN: 9789729995965.

LOURENÇO, M. R., & TREVIZAN, M. A. (2001). Líderes da enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança & enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(3), 14-19.

LUCAS, J. (1984). Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde: teorias e conceitos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Portugal. Vol. (2), Nº1, p. 63-68.

MANZO, B.; BRITO, M.; CORREA, A. (2012). Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano dos profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012 Vol. 46, N.º 2, pp. 388-394.

MANZO, B.; RIBEIRO, H.; BRITO, M.; ALVES, M. (2011). As percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação hospitalar. *Revista de Enfermagem UERJ*. Vol. 19, N.º 4, pp. 571-576.

MAROCO, J., & GARCIA-MARQUES, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? (consult. 22/10/2014). Disponível em <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>

MARQUES, M. C. (2004). O Grid gerencial: uma análise descritiva na área da enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 8(2), 275-278.

MARQUIS B., HUSTON C. (2009). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. 6th edn. Wolters/Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia

MARTINELLI, S. D. C., & BARTHOLOMEU, D. (2007). Escala de motivação acadêmica: uma medida de motivação extrínseca e intrínseca. *Avaliação Psicológica*, 6(1), 21-31.

MASLOW, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.

MATITZ, Q. R. S., & BULGACOV, S. (2011). O conceito desempenho em estudos organizacionais e estratégia: um modelo de análise multidimensional. *Revista de Administração Contemporânea, Curitiba*, 15(4), 580-607.

MATOS E., PIRES D. (2006). Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influência no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 15(3):508-14.

MATOS, E.; PIRES, D. (2002). A organização do trabalho da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. *Texto Contexto Enferm.* 11(1):187-205

MATSUDA, L. M., DA SILVA, D. M. P. P., ÉVORA, Y. D. M., & COIMBRA, J. Â. H. (2009). Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado?. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(3), 415-421.

MENDES, I. A. C., Trevizan, M. A., & Nogueira, M. S. (1987). Definições teórica e operacional do conceito de comunicação. *Rev. Gaúch. Enfermagem*, 8(2), 204-219.

MINTZBERG, H. (1973). *The nature of managerial work*. New York: Harpes & Row.

MOCSÁNYI, V., & DA CUNHA BASTOS, F. (2009). Gestão de pessoas na administração esportiva: considerações sobre os principais processos. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 4(4).

Morin, E. (2006). A comunicação pelo meio (teoria complexa da comunicação). *Revista FAMECOS: mídia, cultura e tecnologia*, 1(20), 7-12.

MORO, R. G. D., BRAGA, M. R., & PADILHA, D. M. P. (2003). Uso do coeficiente alfa de Cronbach na validação de questionários utilizados na pesquisa odontológica. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*, 44(2), 34-36.

MOTTA, P. (1991). *Gestão contemporânea: A ciência e a arte de ser dirigente*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Record.

MOTTA, p. (1995). *Teoria geral da administração: uma introdução*. 19a ed. São Paulo: Pioneira.

NASCIMENTO, J. L., LOPES, A., & SALGUEIRO, M. D. F. (2008). Estudo sobre a validação do “Modelo de Comportamento Organizacional” de Meyer e Allen para o contexto português. *Comportamento organizacional e gestão*, 14(1), 115-133.

NUNNALLY, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

OLIVEIRA-CASTRO, G. A. D. (1994). Avaliação de desempenho em psicologia: questões conceituais e metodológicas. *Psicol. teor. pesqui*, 10(3), 355-74.

OPSS (2006). Relatório de Primavera 2006 - Um ano de governação em Saúde: Sentidos e Significados in Observatório Português Dos Sistemas De Saúde (Ed.), Mar da Palavra Edições, Lda.

OUCHI, W. (1981). Theory Z: How American business can meet the Japanese challenge. *Business Horizons*, 24(6), 82-83.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza & MANCIA, Joel Rolim. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2005, vol.58, n.6, pp. 723-726. ISSN 0034-7167 (consult. 25/10/2014). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a18v58n6.pdf>

PASCHOA, S., ZANEI, S. S. V., & WHITAKER, I. Y. (2007). Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*, 20(3), 305-10.

PEÇANHA, D. L. N. (2009). Cultura organizacional e saúde: contribuições da psicodinâmica do trabalho. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 29(2), 329-344.

PEREIRA, P. (2005). *Organizações*, Coimbra: Formasau.

PERES, A. M., & CIAMPONE, M. H. T. (2006). Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(3), 492-9.

PINTO, A. M. S. (2009). Cultura e instituições de saúde: percepções de funcionários de serviços de atenção básica acerca de alguns traços culturais da sociedade brasileira presentes em sua rotina de trabalho. (consult. 18/05/2014). Disponível em <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2519>

PIRES, D. (1999). *Organização do trabalho na saúde* In Leopardi MT, organizadora - *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis (SC): UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Ed. Papa-Livros; 1999. p.176.

PONTES, A. C., LEITÃO, I. M. T. A., & RAMOS, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev. bras. enferm*, 61(3), 312-318.

RAUCH, C. F., & BEHLING O. (1984). *Functionalism: Basis for an alternate approach to the study of leadership*. In J. G. Hunt, D. M. Hosking, C. A. Schriesheim, and R. Stewart (Eds.)

REIS V. (2007). *Gestão em Saúde: um espaço de diferença*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

RIBEIRO S. (2003). *Administração estratégica: conceitos, roteiro prático e casos*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso.

RIBEIRO, M.; SANTOS, S.; MEIRA, T. (2006). *Refletindo sobre a liderança em enfermagem*. Esc Anna Nery RENferm 2006 abr: 10 (1): 109 – 15

RODRIGUES, J. M. (2007). Contributos FNOPE – Um debate pertinente. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 26, 10.

ROLDÃO, M. C. (2003). *Gestão do Currículo e Avaliação de Competências*. Lisboa: Editorial Presença.

ROTUNDO, M., & ROTMAN, J. L. (2002). Defining and measuring individual level job performance: A review and integration. *CiteSeer: An Automatic Citation Indexing System*, 10, 1-72.

RUTHES, R. M., & CUNHA, I. C. K. O. (2008). Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. *Rev. bras. enferm*, 61(1), 109-112.

SALDANHA, L. A. T. (2009). O impacto das competências relacionais do líder no seu desempenho e de sua equipe. Dissertação de Mestrado, Fundação Cultural Dr. Pedro Leopoldo.

SANTOS, M. C. D., & BERNARDES, A. (2010). Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Rev. gaúch. enferm*, 31(2), 359-366.

SANTOS, R. A., & MOREIRA, M. C. N. (2014). Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12).

SELLGREN, S., EKVALL, G., & TOMSON, G. (2006). Leadership styles in nursing management: preferred and perceived. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 348-355.

SERRANO, M.; COSTA, A; COSTA, N. (2011). Cuidar em Enfermagem. Como descrever as competências. *Revista de Enfermagem*. Referência. Série III nº 3, 15-23.

SILVA, R.; BECK, C.; GUIDO, L.; LOPES, L.; SANTOS, J. (2009). Análise Quantitativa da Satisfação Profissional dos Enfermeiros que Actuam no Período Noturno. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis. Vol.18, Nº 2, pp. 298-305.

SIMÕES, A.; FAVERO, N. (2003). O desafio da Liderança para o enfermeiro. *Rev. Latino Am. Enfermagem set./out. 2003*, v 11, n 5, p. 567-573

SIQUEIRA, M. M. M. (2002). Medidas do comportamento organizacional. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(spe), 11-18.

SÓRIA, D. D. A. C., SOUZA, I. E. O., MOREIRA, M. C., SANTORO, D. C., MENEZES, M. F. B., & MOREIRA, M. C. A. (2006). A resiliência como objeto de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão. *Esc. Anna Nery*, 10(3), 547-51.

SOUZA, R. D. O., IGNÁCIO, F. D. A., CUNHA, F. C. R., OLIVEIRA, D. L., & MOLL, J. (2001). Contribuição à neuropsicologia do comportamento executivo: Torre de Londres e teste de Wisconsin em indivíduos normais. *Arq. neuropsiquiatr*, 59(3A), 526-531.

SPECTOR, P. (1997). *Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes, and Consequences*. London: Sage Publications.

SPECTOR, P. (2005). *Psicologia nas Organizações*. São Paulo: Saraiva.

STEFANO, S. R., & GOMES FILHO, A. C. (2010). Estilos de liderança: um estudo comparativo entre empresas de transportes. *Revista Capital Científico-Eletrônica*, 2(1), 127-145.

STEVENS, B. J. (1972). Analysis of Trends Nursing Care Management. *Journal of Nursing Administration*, 2(6), 12-13.

STRAPASSON, M. R., & MEDEIROS, C. R.G. (2009). Liderança transformacional na enfermagem. *Rev bras enferm*, 62(2), 228-33.

TEIXEIRA, E. (2006). A identidade cultural na pós-modernidade. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 15(1), 162-163.

TEIXEIRA, S. (1998). *Gestão das organizações*. Lisboa: McGraw-hill.

TREVIZAN M.; MENDES I.; GALVÃO C.; SAWADA N. (1996). *A new ethics to nurse's management action: shared values*. Proceedings of the 11th World Congress On Medical Law, Sun City, South Africa 1996. South Africa, World Association for Medical Law; 1996. p.473-81.

TREVIZAN, M. (1993). *A Liderança do enfermeiro: o ideal e o real no contexto hospitalar* – Pág.94. São Paulo: Sarvier.

TREVIZAN, M. A., MENDES, I. A. C., FÁVERO, N., & MELO, M. R. A. C. (1998). Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 6(5), 77-82.

TROCHIM, W. M. (2006). Types of reliability. (consult. 20/10/2014). Disponível em <http://www.socialresearchmethods.net/kb/index.php>

VALA, J.; MONTEIRO, M.; LIMA, L.; CAETANO, A. (1995). *Psicologia Social das Organizações: estudos em empresas portuguesas*. Lisboa: Celta Editora.

VICINUS, M.; NERGAARD, B. (1990). *Ever yours, Florence Nightingale: selected letters*. Cambridge, MA: Harvard University. ISBN 0-674-27020-7

VILELAS, J. (2009). *Investigação – o processo de construção do conhecimento*, 1ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.

WAGNER, S. E. (2006). Staff retention: from “satisfied” to “engaged”. *Nursing Management*, 37(3), 24-29.

WEHBE, G., & GALVÃO, M. C. (2005). Aplicação da liderança situacional em enfermagem de emergência. *Rev Bras Enferm*, 58(1), 33-8.

YURA, H. (1981). *Nursing leadership: theory & process*. 2. ed. New York: Appleton-Century-Crofts.

ANEXOS

ANEXO I

Carta de autorização da realização dos inquéritos

AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO C.H.L

EXMA SRª DIRECTORA

DRA ANA SOARES

Assunto: Pedido de realização de trabalho de investigação nas instalações do Centro Hospitalar de Lisboa – Hospitais de Dona Estefânia e de São José .

No âmbito do curso de Mestrado em Gestão de Empresas, Especialidade de Planeamento e Estratégia Empresarial, pela Universidade Autónoma de Lisboa, Kaim das Neves Ntieku, vem por este meio pedir a V. Exa., colaboração para o desenvolvimento do estudo empírico, essencial para a realização da Dissertação de Mestrado subordinada ao tema: O Impacto da Liderança no Desempenho de Equipas de Enfermagem, cuja orientação está a cargo da Prof.ª Doutora Denise Capela dos Santos, docente da mesma Universidade.

Posto isto, pretende-se que V. Exa. autorize a aplicação de um questionário aos senhores Enfermeiros e respetiva chefia dos serviços das Unidades de Cuidados intensivos e de Queimados dos hospitais referidos, a realizar, preferencialmente, entre os dias 15 de Abril e 15 de Maio de 2014.

A confidencialidade dos dados recolhidos é absoluta e o nome da Instituição não será revelada na Dissertação de Mestrado nem em eventual publicação resultante do trabalho realizado.

Esta colaboração é para nós fundamental.

Junto se anexa exemplar do questionário que se pretende aplicar.

Agradece-se desde já atenção dispensada, e aguarda-se resposta assim que oportuno.

7 de Maio de 2014
26/03/14
[Assinatura]
MARGARIDA PINTO
Secretária de GA

ANEXOS

Consentimento informado

Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões
Departamento de Ciências Económicas e Empresariais
10 de Novembro/2013

Termo de Consentimento livre e esclarecido

Exmo. Sr.(a) Profissional de Saúde/ Portugal

O meu nome é **Kaim das Neves Ntieku** encontro-me a frequentar o Mestrado, em Gestão de Empresas na Especialidade de planeamento Estratégica Empresarial, de Gestão e Economia em Saúde na Universidade **Autónoma de Lisboa Luís de Camões**, e na escola Superior de Gestão e Negócios, estando presentemente a desenvolver uma tese sobre o tema: O impacto da Liderança no Desempenho de Equipas de Enfermagem.

Gostaria de solicitar á sua colaboração, respondendo a este inquérito. O mesmo é anónimo e as respostas são confidenciais, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas informação estatística.

Asseguro ter sido esclarecido sobre a minha autonomia em decidir participar do estudo garantindo que serão utilizados nomes imaginários e, caso haja desistência ou recusa da minha parte a qualquer momento do estudo até a sua publicação retirando do estudo sem qualquer prejuízo.

Declaro estar ciente das informações contidas neste termo de consentimento livre e esclarecido e concordo em fazer parte deste estudo.

No final do preenchimento verifique se respondeu a todas as questões

Portugal/ Lisboa aos/...../.....

O inquerido

Obrigado pela sua atenção

Kaim das Neves Ntieku

ANEXO III

Questionário dos enfermeiros-chefes

QUESTIONÁRIO AO ENFERMEIRO-CHEFE

O questionário que se segue é fundamental para analisarmos a importância da liderança na enfermagem.

A sua opinião será valorizada. Todos os dados incluídos neste questionário são confidenciais.

Por favor, complete ou assinale um X no local que melhor traduz a realidade. Não existem respostas certas nem erradas.

Sexo: F ☐ M ☐

Idade: 20-30 ☐ 31-50 ☐ mais de 50 ☐

Experiência no cargo: - de 6 meses ☐ 6-12 meses ☐ 12- 18 meses ☐ +18 meses ☐

Antiguidade neste hospital: - de 6 meses ☐ 6-12 meses ☐ 12- 18 meses ☐
+18 meses ☐

Todos os parâmetros de avaliação são quantificados numa escala que varia entre 1=Discordo Totalmente, 5=Concordo Plenamente.

Assinale um X no local que melhor define o quanto concorda ou discorda de cada afirmação.

Não existem respostas certas nem erradas.

1. Sinto-me intrinsecamente motivado no exercício das minhas funções. (*construção própria*)

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

2. Considero que o hospital me proporciona motivação extrínseca, associada ao reconhecimento, bem-estar no local de trabalho, benefícios, recompensas, etc. (*construção própria*)

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

3. Considero que tenho boas capacidades de comunicação com a equipa de enfermeiros que lidero. (*construção própria*)

1	2	3	4	5

4. Considero que tenho todas as competências técnicas essenciais para a prossecução e excelência das funções que desempenho. *(construção própria)*

1	2	3	4	5

5. Considero-me um profissional resiliente, ou seja, com capacidade de lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão em situações de choque ou de grande tensão sem que isso intervenha na minha capacidade de tomada de decisão. *(construção própria)*

1	2	3	4	5

6. Considero que colaboro positivamente para a resiliência profissional da equipa de enfermeiros que lidero. *(construção própria)*

1	2	3	4	5

7. Considero as minhas capacidades de liderança muito boas. Consigo adotar diferentes estilos de liderança a diferentes situações. *(construção própria)*

1	2	3	4	5

8. O desempenho da equipa de enfermagem que dirijo é excelente. *(construção própria)*

1	2	3	4	5

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração!

ANEXO IV

Questionário dos enfermeiros

QUESTIONÁRIO A ENFERMEIROS

O questionário que se segue é fundamental para analisarmos a liderança do serviço de enfermagem no hospital, em prol da excelência do serviço prestado.

A sua opinião será valorizada e é para nós fundamental.

Todos os dados incluídos neste questionário são confidenciais. Este questionário é anónimo, pelo que não se deve identificar.

Por favor, complete ou assinale um X no local que melhor traduz a realidade

Sexo: F ☐ M ☐

Idade: 20-30 ☐ 31-50 ☐ mais de 50 ☐

Antiguidade no Hospital: - de 5 anos ☐ 5-10 anos ☐ + de 10 anos ☐

Antiguidade no serviço atual: - de 5 anos ☐ 5-10 anos ☐ + de 10 anos ☐

Experiência em enfermagem: - de 5 anos ☐ 5-10 anos ☐ + de 10 anos ☐

Todos os parâmetros de avaliação são quantificados numa escala que varia entre 1=Discordo Totalmente, 5=Concordo Plenamente.

Assinale um X no local que melhor define o quanto concorda ou discorda de cada afirmação.

Não existem respostas certas nem erradas.

PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO					
1. Neste serviço somos ouvidos e as necessidades dos colaboradores são consideradas pelo líder. Considere o seu líder o(a) seu(sua) enfermeiro(a)-chefe. <i>(construção própria)</i>					
2. O meu líder direto é auto-confiante. <i>(construção própria)</i>					
3. O meu líder tem grande capacidade analítica, de raciocínio lógico-dedutivo. <i>(construção própria)</i>					
4. Considero o meu líder honesto e íntegro. <i>(construção própria)</i>					
5. O(A) enfermeiro(a)-chefe consegue-nos motivar para o êxito. <i>(construção própria)</i>					
6. O líder incentiva a cooperação entre a equipa. <i>(construção própria)</i>					
7. O líder tem perfeita noção do que a organização necessita para ter sucesso; acredito que os nossos objetivos vão de encontro aos objetivos da organização. <i>(construção própria)</i>					
8. O líder intervém ativamente na gestão de conflitos. <i>(construção própria)</i>					
9. O meu líder demonstra grande maturidade emocional. Tem a capacidade de perceber as emoções dos outros e as próprias e de tomar decisões adequadas, considerando as pessoas e as situações. <i>(construção própria)</i>					
10. O enfermeiro-líder é um bom comunicador. <i>(construção própria)</i>					
11. Sinto que posso falar abertamente com o meu líder. <i>(construção própria)</i>					
12. Todas as semanas reunimos a equipa toda para transmitirmos ao líder os resultados/ problemas da semana e para percebermos que ações há a realizar para ultrapassarmos os nossos problemas, numa perspetiva de melhoria contínua do serviço a prestar. <i>(construção própria)</i>					
13. Dispomos das informações de que necessitamos para trabalhar. <i>(construção própria)</i>					
14. Sempre que há novidades sobre a gestão estratégica da organização que nos afeta diretamente, somos prontamente informados. <i>(construção própria)</i>					
15. A minha motivação provém de mim. <i>(construção própria)</i>					
16. Sinto vontade de continuar a crescer como profissional. <i>(construção própria)</i>					

17. Sinto-me muito satisfeito(a) com o meu salário e com as condições ambientais de trabalho no hospital. <i>(construção própria)</i>					
18. Temos um sistema de recompensas desenvolvido em associação com a nossa avaliação de desempenho. Quanto maior o meu desempenho, mais recompensas tenho anualmente. <i>(construção própria)</i>					
19. Considero-me uma pessoa com capacidade para tomar decisões adequadas quando sujeita a grande clima de tensão. <i>(construção própria)</i>					
20. Sinto que tenho robustez física para enfrentar o stress do meu dia-a-dia. <i>(construção própria)</i>					
21. O meu chefe mostra uma grande tolerância à pressão. <i>(construção própria)</i>					
22. O nosso líder zela para que tenhamos os equipamentos e os materiais essenciais para a realização das tarefas que são da responsabilidade da enfermagem neste serviço. <i>(construção própria)</i>					
23. O enfermeiro-chefe manifesta conhecimentos técnicos que nos ajudam a resolver problemas e que contribuem para o bom desempenho da equipa. <i>(construção própria)</i>					
24. Considero a minha equipa muito boa tecnicamente. <i>(construção própria)</i>					
25. Considero a minha equipa muito boa em termos de apoio psicológico aos doentes. <i>(construção própria)</i>					
26. Considero o desempenho global da equipa muito bom. <i>(construção própria)</i>					

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração!

ANEXO IV

Imagem do hospital Dona Estefânia



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE

Hospital Dona Estefânia

O Hospital Dona Estefânia, iniciado em 1860 e concluído em 1877, foi mandado construir pela rainha D. Estefânia, mulher de D. Pedro V.



O Hospital Dona Estefânia, iniciado em 1860 e concluído em 1877, foi mandado construir pela rainha D. Estefânia, mulher de D. Pedro V. Numa visita ao Hospital São José, impressionada com a promiscuidade com que na mesma enfermaria eram tratadas crianças e adultos, a rainha ofereceu o seu dote de casamento para que aí fosse criada uma enfermaria para aquelas, e manifestou o desejo de construir um hospital para crianças pobres e enfermas.

Inicialmente chamou-se Hospital da Bemposta mas em homenagem à rainha, que entretanto falecera, passou a designar-se de Hospital D. Estefânia.

A sua construção foi primorosamente planeada. Relacionado com as mais ilustres casas reais da Europa, D. Pedro V solicitou pareceres sobre projectos e plantas hospitalares, elaboradas por técnicos competentes e autorizados sobre o assunto e remetidas dos mais variados locais, nomeadamente Londres, Berlim e Paris.

Em 1969 passou a ter valência Materno Infantil com a construção de um edifício provisório para onde foi transferida de S. José, a Maternidade Magalhães Coutinho inaugurada em 1931.

ANEXO V

Imagem do Hospital São José



Hospital São José



Imagem do Hospital São José