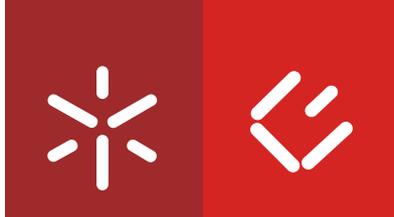


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Patricia Martins de Brito

**Estilos de liderança adotados pela chefia:
percepções de enfermeiros de diferentes
organizações de saúde**



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Patrícia Martins de Brito

**Estilos de liderança adotados pela chefia:
perceções de enfermeiros de diferentes
organizações de saúde**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da
**Professora Doutora Íris Patrícia Teixeira de Castro
Neves Barbosa**

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição
CC BY

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

AGRADECIMENTOS

Quero começar não apenas por agradecer como homenagear algumas pessoas que me têm vindo a acompanhar durante a realização desta dissertação.

Em primeiro lugar, aos meus pais, que sempre me proporcionaram todas as ferramentas e estabilidade para a concretização de todo o meu percurso académico.

Às amigas que conheci neste mestrado, Cláudia, Maria João, Mariana e Sandra, cuja amizade me permitiu encontrar a resiliência necessária.

À minha prima Estefânia, que sem a sua ajuda, esta dissertação não seria possível.

A todos os enfermeiros que partilharam comigo a sua experiência.

Ao Salvador, pela paciência, carinho e motivação que me ajudaram a manter focada.

A todos os meus amigos que, mesmo sendo vítimas da minha ausência, me incentivaram com as melhores palavras.

Por fim, mas sem menos destaque, quero deixar um agradecimento, em especial, à minha orientadora Professora Doutora Íris Barbosa, pelo espírito crítico, disponibilidade, paciência e palavras de incentivo que foram uma parte fundamental para o desenvolvimento desta dissertação.

A todos muito obrigada!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

RESUMO

Título: Estilos de liderança adotados pela chefia: percepções de enfermeiros de diferentes organizações de saúde.

A liderança tem sido um dos conceitos de comportamento organizacional mais estudados. Ao longo dos tempos, o conceito foi evoluindo de acordo com as necessidades de cada época, resultando numa multiplicidade de propostas sobre este tema.

Atualmente, as chefias intermédias dos serviços de saúde têm a responsabilidade de coordenar as capacidades, conhecimentos, empenhamento e motivação dos seus profissionais de saúde, com o objetivo de alcançar as metas estabelecidas e a eficácia organizacional. Os enfermeiros são um dos maiores grupos profissionais de uma organização de saúde, sendo que se torna pertinente analisar as suas percepções no que diz respeito ao estilo de liderança adotado pela chefia e aos entendimentos que possuem ao nível deste tópico, para um melhor ambiente de trabalho e maior eficácia organizacional.

Com enfoque nos objetivos mencionados acima, foi conduzido um estudo que adota uma metodologia qualitativa descritiva. Para a recolha de dados, optou-se pela técnica de entrevista semiestruturada, aplicada a 20 enfermeiros de várias instituições de saúde.

As conclusões obtidas realçam as distintas percepções dos subordinados sobre os estilos de liderança adotados pelos enfermeiros chefes e focam a necessidade de serem desenvolvidas melhores práticas de liderança.

Palavras chave: Enfermeiro chefe, enfermeiros, liderança, percepção.

ABSTRACT

Title: Leadership styles adopted by nurse managers: perceptions of nurses from different health organizations.

Leadership has been one of the most studied organizational behavior concepts. The concept has evolved according to the needs of each era, culminating in a multiplicity of leadership theories.

Currently, middle-level managers of health care services have the responsibility to coordinate the skills and knowledge of professionals from this sector, as well as to promote their commitment and motivation in order to achieve the established goals and organizational effectiveness.

Nurses are one of the largest professional groups in health care organizations. Therefore, for a better work environment and organizational effectiveness, it is pertinent to uncover nurses' understandings of the leadership topic, as well as to analyze their perceptions regarding their managers' leadership styles.

With the focus on the goals mentioned above, it was conducted a study that adopts a descriptive qualitative methodology. For data collection, the semi-structured interview technique was adopted and applied to 20 nurses from various health care institutions.

The conclusions highlight different perceptions of subordinates about the leadership styles adopted by nurse managers and emphasize the need for better leadership practices.

Key words: Leadership, nurse manager, nurses, perception.

ÍNDICE

1. Introdução.....	1
2. A liderança na enfermagem	4
3. Liderança e teorias de liderança	6
3.1 Definições de liderança	6
3.2 Liderança e Gestão	7
3.3 Teorias de Liderança	8
3.3.1 Abordagem dos traços de personalidade	9
3.3.2 Abordagens comportamentais.....	11
3.3.3 Abordagens contingenciais/situacionais	14
3.3.4 Abordagens de liderança carismática e transformacional	17
4. Metodologia e Construção do Estudo Empírico.....	23
4.1 Os Objetivos, a Pertinência e as Questões de Partida do Estudo.....	23
4.2 Metodologia	24
4.2.1 Tipo de pesquisa e metodologia adotada	24
4.2.2 Seleção e caracterização da amostra	26
4.2.3 Instrumentos de Recolha de Dados	27
5. Análise e discussão de resultados.....	29
5.1 O conceito de liderança segundo a percepção dos enfermeiros.....	30
5.2 Percepção dos enfermeiros a respeito dos traços de personalidade dos seus enfermeiros líderes.....	32
5.3 A percepção dos enfermeiros a respeito das competências dos seus enfermeiros líderes atuais.....	40

5.4 Análise dos comportamentos do enfermeiro chefe segundo a percepção dos enfermeiros.....	43
5.5 O líder na orientação dos colaboradores para o alcance dos objetivos	51
5.6 Os líderes transformacionais e transacionais.....	55
5.7 Entendimentos dos enfermeiros para um melhor ambiente de trabalho e eficácia organizacional	61
6. Conclusões	64
6.1 Limitações do estudo e sugestões para investigações futuras.....	68
7. Referências Bibliográficas	69
Apêndice I – Guião de Entrevista.....	74
Apêndice II – Declaração de Consentimento Informado.....	75

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. competências relevantes para um líder eficaz (Baseado em Cunha <i>et al.</i> , 2016, p. 275).....	10
Tabela 2. Comportamentos de liderança da teoria caminho-objetivos (Retirado de Cunha et al., 2016, p. 291).	16
Tabela 3. Atributos dos participantes	27
Tabela 4. Categoria "o conceito de liderança"	30
Tabela 5. Categoria "Traços de personalidade dos enfermeiros chefes"	32
Tabela 6. Categoria "Competências dos enfermeiros chefes"	40
Tabela 7. Categoria "Comportamentos dos enfermeiros chefes" – Abordagem de Likert.....	44
Tabela 8. Categoria "Comportamentos dos enfermeiros chefes" – Abordagem de Blake e Mouton	47
Tabela 9. Categoria "O enfermeiro chefe e o caminho para os objetivos"	51
Tabela 10. Categoria "Estilos de liderança transformacional e transacional"	55
Tabela 11. Categoria "Ambiente de trabalho e eficácia organizacional"	61

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. O modelo da grelha de gestão de Blake & Mouton (baseado em Cunha *et al.*, 2016, p. 283)...13

1. Introdução

A liderança é um tema estudado pelo homem desde os tempos primordiais da civilização (Kotter, 2000).

A história da humanidade está associada a líderes que realizaram feitos grandiosos, que construíram grandes impérios ou cujas ações mudaram vidas. Devido a estas variáveis aliciantes, e à tentativa de entender o que torna estes indivíduos capazes destes feitos, desde cedo estudiosos se dedicaram ao tema e desenvolveram várias teorias sobre a liderança (Yukl, 1998).

Em qualquer organização, os recursos mais importantes para o sucesso e eficiência da mesma são os recursos humanos. Estas não conseguem sobreviver sem os esforços pessoais e o empenhamento por parte dos seus colaboradores. Posto isto, é crucial que estes estejam empenhados na organização em que trabalham (Rad & Yarmohammadian, 2006). Estes autores acrescentam que o sucesso organizacional depende dos gestores e do seu estilo de liderança. Quando adotados estilos de liderança adequados, os líderes podem afetar positivamente o empenhamento e a produtividade do trabalho realizado pelos subordinados. Os estudos realizados por Bennis (2009) também corroboram este princípio, uma vez que revelam que existe relação entre o impacto da liderança sobre os subordinados e os resultados alcançados pela organização. O autor refere que o fator liderança é um dos denominadores com maior relevo no sucesso das organizações.

A saúde é uma área especialmente delicada e representa um dos setores mais importantes a nível mundial. Estamos a falar do bem mais precioso à vida humana, e o utente é o “cliente” mais frágil que existe e, portanto, requer os melhores cuidados possíveis. Segundo McNeese-Smith (1996), os prestadores de saúde concedem melhores cuidados de saúde e atendimento se estiverem satisfeitos profissionalmente e se sentirem empenhados com a sua organização.

Os sistemas de saúde são constituídos por organizações de estruturação complexa, dinâmica, em constante mudança e que lidam com problemas inerentes a qualquer outro tipo de instituição, desde os prejuízos/lucros até aos problemas na gestão dos cuidados de saúde prestados. Neste sentido, a liderança nos diferentes serviços tem a responsabilidade e o desafio de gerir e coordenar as capacidades e os conhecimentos dos seus profissionais, com o objetivo de que as metas estabelecidas sejam alcançadas e que a organização apresente o melhor desempenho possível. A

criação de sistemas de saúde de qualidade é uma ação prioritária, onde os enfermeiros possuem um papel preponderante na definição de padrões de qualidade dos cuidados de saúde prestados (Fradique & Mendes, 2013).

Schaubhut (2009) declara que atualmente existem elevadas expectativas, por parte das administrações de saúde, de melhores cuidados de saúde para os pacientes, prestados por menos enfermeiros. Os líderes das organizações de saúde enfrentam custos crescentes, maiores expectativas de consumidores e profissionais empregados e pressão para oferecer resultados de qualidade aos pacientes. Os profissionais de enfermagem estão no centro do vórtice da prestação de cuidados e, por essa razão, o autor defende que é necessário estudar a percepção dos enfermeiros a respeito da sua intervenção na melhoria dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Burhans e Alligood (2010) referem que, como profissionais de saúde, os enfermeiros são responsáveis pela qualidade e sistemático desenvolvimento dos cuidados de enfermagem. No entanto, segundo as autoras a revisão da literatura existente sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem foi majoritariamente desenvolvida por enfermeiros líderes, que, como consequência da sua posição, não se encontram tão envolvidos na prestação de cuidados como os enfermeiros subordinados e oferecem uma visão parcial do problema. Deste modo, as autoras consideram que o verdadeiro significado dos cuidados de enfermagem de qualidade não está adequadamente representado. Elas referem, inclusive, que os estudos relacionados com a percepção de qualidade dos cuidados de enfermagem têm sido limitados.

Partindo dos pressupostos apresentados, a questão central da presente investigação é definida da seguinte forma: *Quais os estilos de liderança adotados pelos enfermeiros chefes e de que modo estes são avaliados pelos enfermeiros subordinados?*

O **objetivo geral** consiste em procurar tecer considerações úteis sobre os estilos de liderança que melhor contribuem para a eficácia das organizações de saúde, considerando a perspectiva dos enfermeiros subordinados. Neste sentido, e de modo a alcançar o objetivo geral, foram definidos **objetivos específicos**:

- Conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre o estilo de liderança adotado pela respectiva chefia e procurar caracterizá-lo;

- Conhecer quais os estilos e comportamentos de liderança que os profissionais de saúde consideram ideais;
- Procurar realçar os entendimentos destes profissionais a respeito do impacto de tal estilo de liderança ao nível do ambiente de trabalho e da eficácia organizacional.

Para a realização desta investigação, foi adotada uma metodologia qualitativa descrita, no que concerne ao propósito e abordagem, uma vez que o objetivo consiste em descrever como é que os enfermeiros percecionam os estilos de liderança adotados pela respetiva chefia. Relativamente ao processo de amostragem, foi adotado o método de “bola de neve”, devido às dificuldades na aceitação de participação por parte de organizações de saúde. Para a recolha de dados recorreu-se à técnica de entrevista semiestrutura, dado que esta permite obter respostas mais detalhadas e aprofundadas.

A presente dissertação encontra-se estruturada em sete partes. A primeira parte corresponde à introdução, sendo seguida pela liderança na enfermagem. Na terceira parte é realizada uma revisão da literatura sobre liderança e principais teorias. Na quarta parte é apresentada e justificada a metodologia adotada, os objetivos e a pertinência do estudo, as questões de partida, assim como a seleção e caracterização da amostra do estudo. A quinta parte diz respeito à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. Na sexta parte constam as principais conclusões, limitações e sugestões de investigações futuras. Por último, na sétima parte são indicadas as referências bibliográficas que suportaram este estudo.

2. A liderança na enfermagem

A enfermagem é uma profissão orientada essencialmente para pessoas e com ênfase na parte humana (Tirmizi, 2002). Os enfermeiros chefes possuem a responsabilidade de garantir que a equipa de enfermeiros está comprometida e que estes realizam as suas funções com a melhor qualidade. A manutenção de um ambiente conducente ao maximizar do potencial dos enfermeiros é um resultado esperado de um estilo de liderança eficaz (Perez, 2014).

O processo de liderança organizacional está orientado para a execução de metas para atingir os objetivos da organização. Estas metas devem ser do conhecimento dos colaboradores para que possam ser motivados a aumentar a produtividade e a se sentirem satisfeitos com o seu trabalho. O líder é crucial na criação de um bom ambiente de trabalho, i.e., baseado em confiança, uma vez que do líder que estimula o desenvolvimento das competências dos colaboradores espera-se, conseqüentemente, a obtenção de um melhor desempenho e colaboração por parte da equipa. Segundo Fradique e Mendes (2013), o líder é fundamental nas relações de trabalho, dado que os colaboradores que são eficazmente liderados identificam o estilo de liderança como agente catalisador na resolução dos conflitos de trabalho.

A liderança em cuidados de saúde, contexto no qual se lida quotidianamente com a doença e a morte, requer, todavia, exigências específicas em comparação, por exemplo, com o setor industrial (Tirmizi, 2002).

Fradique e Mendes (2013) defendem que o enfermeiro chefe é o elemento de ligação numa equipa de enfermagem, e que este profissional é determinante para motivar os colaboradores e garantir a eficácia da organização. Os enfermeiros gestores ou enfermeiros chefes são responsáveis por garantir a qualidade dos serviços prestados ao utente, possuindo o papel de motivar e elucidar a equipa para boas práticas de enfermagem. Adicionalmente, dado que os utentes são cada vez mais conscientes dos seus deveres e direitos, é reforçada a necessidade de se avaliar os serviços e garantir que os melhores cuidados estão a ser prestados, garantindo a satisfação dos utentes. Atualmente, na Lei de Bases da Saúde, a Base XXX estabelece que o Serviço Nacional de Utentes está sujeito a avaliação permanente, onde são recolhidas informações sobre a qualidade do serviço, o grau de satisfação dos utentes e profissionais de saúde, assim como o grau de eficiência na utilização dos recursos.

Segundo Bondas (2006), a liderança de enfermagem é exposta constantemente a exigências organizacionais, económicas, científicas e políticas. O cerne da profissão são as relações e o cuidado por seres humanos em situações de saúde, dor, agonia e em questões de vida e de morte. O líder, ao lidar com amabilidade e respeito pelos seus profissionais, aumenta a probabilidade de que os mesmos manifestem o idêntico tipo de comportamentos em relação aos utentes. Os enfermeiros necessitam constantemente de encontrar um equilíbrio entre o cuidado ao paciente, a boa relação com a família daquele, a eficácia económica, e a prestação eficaz de serviços de saúde de qualidade.

O estudo de Frank *et al.* (1997), citado por Loke (2001), consistiu na investigação dos fatores que facilitam a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Nas entrevistas realizadas, o tema mais emergente foi a liderança, sendo que conclusivamente se constatou que uma boa liderança faz a diferença na eficácia dos cuidados de enfermagem prestados. O autor refere que os enfermeiros chefes são os organizadores que facilitam os desempenhos na prestação de cuidados de enfermagem e, para isso, os enfermeiros chefes devem procurar apoiar e, simultaneamente, demonstrar confiança nos elementos da sua equipa.

3.1 Definições de liderança

Na literatura, a procura por definições e geração de teorias de liderança revela-se imensurável. Segundo Avolio e Bass (1995), as definições para o termo são quase tantas quantas as pessoas que estudaram o tema.

Por exemplo, para Warren Bennis (1989), conhecido como um dos pioneiros em estudos sobre a liderança, liderar é conhecer-se a si mesmo e ter noção das suas forças e fraquezas, ter uma visão, capacidade de motivar outros, comunicação e vontade de aprender.

A liderança também pode ser vista como um processo de influenciar as ações de um indivíduo ou grupo de indivíduos no sentido dos mesmos desenvolverem esforços que permitam alcançar as metas de determinada situação (Hersey & Blanchard, 1988, p.86).

De acordo com Yukl (1998), a liderança consiste no processo de influenciar a interpretação de situações pelos seguidores, as escolhas de objetivos, organização de atividades e metas para atingir os fins. Implica conseguir, também, motivar os seguidores a trabalhar para esses fins, verificando-se simultaneamente uma manutenção do ambiente e relações pessoais.

O projeto GLOBE (*Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness*) estabelece liderança como a capacidade de influenciar, motivar e conseguir que outros contribuam para o sucesso das organizações de que são colaboradores.

Kouzes e Posner (2009) – autores que defendem que a liderança não é sobre personalidade do sujeito, mas referente aos seus comportamentos, aptidões e qualidades – afirmam que a liderança pode acontecer em qualquer momento e em qualquer lugar.

As definições de liderança diferem, portanto, sobre a questão de quem exerce influência, o propósito da influência e de que maneira a liderança é exercida. Estas diferenças demonstram a discordância existente na identificação de líderes e de processos de liderança eficazes (Yukl, 1989).

3.2 Liderança e Gestão

Segundo Armandi *et al.* (2003), o gestor é definido pela organização e é lhe dada autoridade formal para direcionar e gerir a atividade de outros com o propósito de cumprir os objetivos da organização. Um líder é alguém que influencia outros de modo a que estes, de livre e boa vontade, se proponham realizar o que o líder pede. O líder pode ser destacado formalmente pela organização ou pode emergir informalmente pela escolha das pessoas. Um líder pode ser um gestor, mas um gestor não é necessariamente um líder. Se um gestor é capaz de influenciar os subordinados a alcançar os objetivos da organização, sem usar a sua posição formal, então o gestor demonstra capacidades de liderança.

Para Bennis e Nanus (1985), o líder é caracterizado como o indivíduo que provoca, realiza, assume responsabilidades e delega, enquanto que o gestor influencia, guia e orienta. Os gestores sabem as suas funções, enquanto os líderes sabem que funções precisam ser realizadas.

Tal como Bennis e Nanus, também Zaleznik (1992) defende que há diferenças entre gestor e líder, nomeadamente na sua motivação, na sua história pessoal e quanto à maneira de pensar e agir. Os gestores adaptam-se aos factos, enquanto os líderes são criativos.

Segundo Weathersby (1999), a gestão incide sobre a alocação de recursos, do estabelecimento de prioridades, o processo de trabalho e os meios para atingir os resultados pretendidos. Em suma, a gestão é sobre controlar. O líder, por outro lado, foca-se na criação de uma visão comum, ou seja, foca-se em motivar as pessoas para contribuírem para um bem comum e alinharem o seu próprio interesse com os interesses da organização. Liderar é, assim, persuadir e não comandar.

De acordo com Rost e Smith (1992), liderança e gestão são conceitos diferentes, mas ambos são essenciais para a sobrevivência e prosperidade de uma organização. Estes autores incluem nas ações de liderança, a influência do relacionamento, a procura de mudanças reais numa organização, e o objetivo de que as mudanças procuradas sirvam os interesses mútuos dos líderes e seguidores. Por sua vez, na gestão é considerado que existe um relacionamento de autoridade, levado a cabo de gestores para subordinados e que envolve a coordenação de pessoas, recursos e atividades que sirvam os propósitos da organização.

Kotter (1990), tal como Rost e Smith, também considera que liderança e gestão são dois sistemas distintos, mas complementares numa organização. A liderança produz mudanças através do

desenvolvimento da visão da organização e a elaboração das estratégias para alcançar essa visão. De modo a incentivar os colaboradores a partilhar os mesmos objetivos da organização, é importante comunicar a visão, motivar e inspirar os colaboradores. Em contrapartida, a gestão lida com a complexidade e produz resultados previsíveis, define metas operacionais, gere e aloca recursos, resolve dificuldades e monitoriza soluções.

3.3 Teorias de Liderança

As abordagens de liderança mais comumente discutidas na literatura académica incluem a abordagem baseada nos traços, a comportamental, contingencial/situacional, a carismática e a transformacional.

Wu (2006) identificou quatro períodos referentes ao desenvolvimento das teorias de liderança. Estes referem-se a:

- (i) Dos anos 1800 até meados de 1940, é abrangido o período das abordagens baseadas nos traços;
- (ii) A partir de meados de 1940 até ao início de 1970, são desenvolvidas teorias baseadas no estilo de liderança e no comportamento do líder e a sua eficácia, com o intuito de serem obtidas bases teóricas para formar líderes (Cruz, *et al.*, 2011);
- (iii) Início dos anos 1960 até à atualidade, diz respeito ao período das teorias contingenciais;
- (iv) Por fim, do começo do ano 1980 até aos tempos atuais, são apresentadas as teorias transacionais e transformacionais.

3.3.1 Abordagem dos traços de personalidade

A abordagem dos traços de personalidade focou-se em identificar os traços que diferenciam os líderes dos não líderes. O objetivo desta abordagem consistiu em identificar determinados traços de líder para ajudar na seleção das pessoas certas, para cargos que requeriam uma liderança eficaz (Armandi *et al.*, 2003). A abordagem afirma que determinados indivíduos possuem traços e competências que os fazem ser mais aptos para a liderança em diversas situações (Cunha *et al.*, 2016).

Os principais traços característicos de líderes eficazes, segundo Yukl (1989, 1998), são:

- Energia e capacidade de lidar com o stress;
- Autoconfiança;
- Intuição perspicaz;
- Capacidade de observar e precaver situações;
- *Locus* de controlo interno (indivíduos que assumem as responsabilidades pelas suas ações e erros, são proativos e competentes);
- Maturidade emocional;
- Honestidade/integridade;
- Motivação para o êxito e poder social;
- Poder de persuasão.

A maioria dos estudiosos que se dedica a esta abordagem concorda com alguns traços como sendo particularmente importantes para os líderes, tais como consciência, energia, inteligência, domínio e autocontrolo, mente aberta e estabilidade emocional (Cunha *et al.*, 2016).

A ideia de equilíbrio é um dos pontos principais na abordagem dos traços, em que esta ideia transmite que é preferível o líder possuir uma quantidade moderada de cada traço (tal como ambição, afiliação, autoestima, iniciativa), do que uma quantidade maior de certos traços e menor de outros. Ou seja, defende-se o equilíbrio de diversos traços como resultando num líder mais eficaz, como por exemplo, uma grande motivação para o êxito com uma moderada necessidade de poder social (Yukl, 1989). Também Cunha *et al.* (2016) referem a ideia do equilíbrio como principal aspeto da abordagem dos traços, na medida em que explicam que o mais importante é como os traços se combinam em padrões.

Esta abordagem também considera a existência de competências potencialmente mais relevantes para a eficácia dos líderes, sendo estas ilustradas na tabela seguinte (Cunha *et al.*, 2016):

TABELA 1. Competências relevantes para um líder eficaz (Retirado de Cunha *et al.*, 2016, p. 275)

Competências	Incluem	Pertinência das competências
Técnicas	Conhecimentos sobre como realizar as tarefas especializadas da organização e capacidade para usar técnicas e equipamentos que permitam realizar essas mesmas tarefas.	<ul style="list-style-type: none"> • Importante para conhecer as técnicas e equipamentos usados pelos subordinados. • Permitem que o líder compreenda e dirija os subordinados. • Permitem monitorar e avaliar o desempenho dos subordinados.
Interpessoais	Conhecimentos sobre o comportamento humano e processos de grupo, capacidade de compreensão de atitudes, sentimentos e motivos de outras pessoas; sensibilidade social e capacidade de comunicação.	<ul style="list-style-type: none"> • Para desenvolver e manter relações de cooperação com os seus colaboradores, é importante o líder possuir empatia, perspicácia social, charme, tato, diplomacia, fluência verbal e persuasão. • São pertinentes para ajudar a usar estratégias de influência adequadas a cada pessoa. • São essenciais para a capacidade de ouvir com atenção, empatia e sensibilidade os problemas pessoais, queixas e reclamações.
Concetuais (cognitivas)	Capacidade analítica, pensamento lógico e capacidade de resolver relações com maior complexidade e ambiguidade. Intuição, raciocínio indutivo e dedutivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Pertinentes para analisar eventos, reconhecer tendências, reconhecer oportunidades e potenciais problemas, antecipar alterações e constrangimentos. • Ajudam a decifrar soluções criativas para problemas complexos. • Permitem tomar decisões em ambientes de incerteza.

Apesar de ser possível identificar um conjunto de traços e competências potenciais para um bom líder, de acordo com Mumford, Zaccaro, Harding, Jacobs e Fleishman (2000), as competências de liderança e o seu desempenho não existem apenas em um número pequeno de indivíduos dotados. Estes autores defendem que a capacidade de liderança existe potencialmente em todas as pessoas, sendo um potencial que poderá crescer através da experiência e da capacidade para aprender.

Por sua vez, segundo Armandi *et al.* (2003), a maior lacuna nesta abordagem consiste no facto de não ter em consideração as interações entre líder-subordinado ou as condições da situação.

3.3.2 Abordagens comportamentais

A intenção dos estudiosos das abordagens comportamentais consistiu em identificar comportamentos determinantes de liderança, para poderem treinar pessoas a serem líderes eficazes (Armandi *et al.*, 2003). Assim, a abordagem comportamental debruça-se sobretudo sobre o que os gestores fazem e os comportamentos que distinguem os líderes eficazes dos líderes não eficazes.

Os estudos desenvolvidos pela Ohio State University e pela University of Michigan estabelecem duas categorias do comportamento: a orientação do indivíduo para as tarefas e a orientação para os relacionamentos pessoais, sendo que ambas podem coexistir no mesmo líder. Um líder com orientação para as tarefas possui a preocupação em garantir que existem os recursos e competências necessários para que as tarefas sejam realizadas adequadamente. Por outro lado, tal como o nome indica, um líder com orientação para as pessoas/relacionamento é alguém com a preocupação centrada em garantir o bem-estar das pessoas e um bom ambiente de trabalho (Cunha *et al.*, 2016).

De acordo com Armandi *et al.* (2003), os líderes orientados para o relacionamento demonstraram, nos resultados das pesquisas realizadas pela Ohio State University e University of Michigan, estar associados a um grande nível de produtividade e a satisfação profissional.

Nos próximos subcapítulos são abordadas aquelas que são tidas como as principais teorias desenvolvidas sobre os comportamentos dos líderes.

3.3.2.1 A abordagem de Likert

A abordagem de Likert consiste numa das teorias universais mais emblemáticas do comportamento do líder. Esta teoria pressupõe a existência de quatro sistemas de liderança típicos: autocrático explorador, autocrático benevolente, consultivo e democrático/participativo (Cunha *et al.*, 2016; Likert, 1961).

- Líder autocrático explorador: dá ordens, comunica-as e exige que sejam cumpridas. É um estilo em que a desconfiança nas relações entre superior-

subordinado é uma constante, as decisões não passam pelos subordinados e estão presentes o medo e as ameaças.

- Líder autocrático benevolente: este tipo de líder também define como vão ser realizadas as tarefas, mas atua de forma mais suave e não tão autoritária, procurando usar um discurso mais amigável, embora de cariz autoritário.
- Líder consultivo: este líder procura ativamente colher as opiniões de todos os membros, pois tem noção de que não sabe tudo e que a sua decisão deve levar esses pareceres em consideração, ainda que a decisão final seja sua.
- Líder participativo: esforça-se para conseguir a ajuda de outros na tomada de decisões importantes, ou seja, usa procedimentos de decisão que permitam que outras pessoas, como subordinados, tenham alguma influência sobre as decisões que os irão afetar.

3.3.2.2 Modelo da Grelha de Gestão de Blake & Mouton

O modelo de Blake e Mouton é representado numa grelha que considera a combinação de duas variáveis, a “orientação para as tarefas” e a “orientação para as relações pessoais” (Cunha *et al.*, 2016). Cruzando as duas orientações, resultam cinco estilos de liderança essenciais, representados na figura 1.

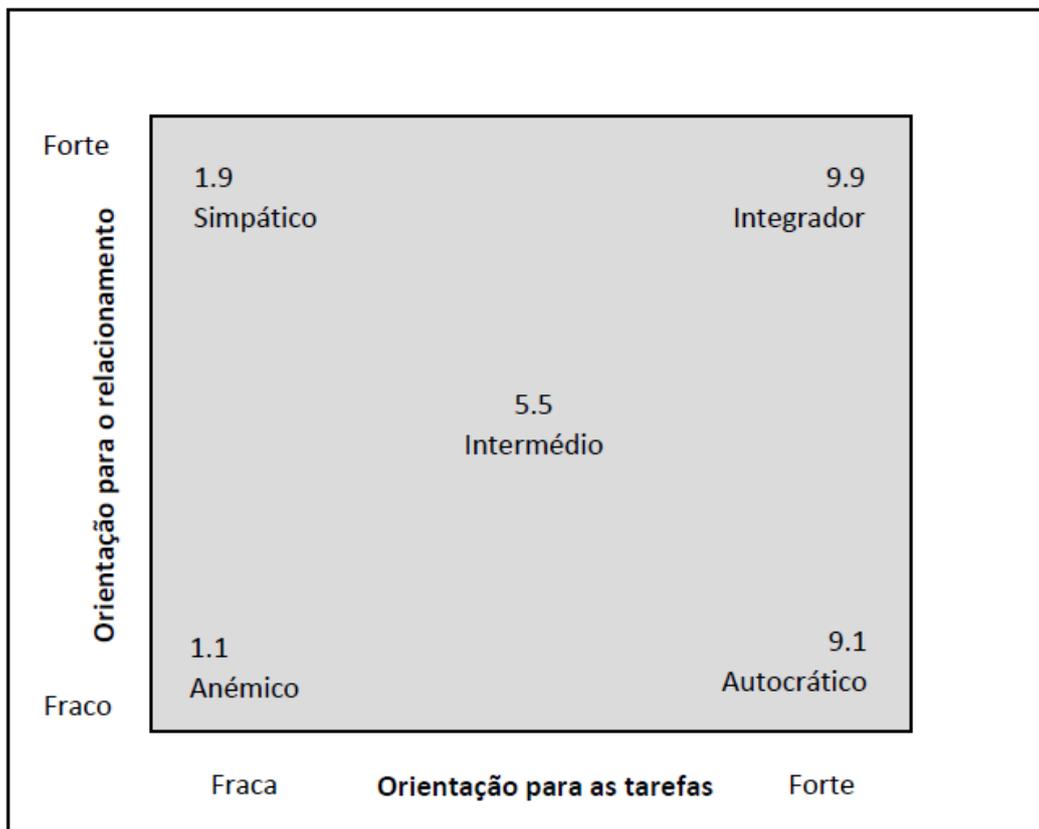


FIGURA 1. O modelo da grelha de gestão de Blake & Mouton (Retirado de Cunha *et al.*, 2016, p. 283)

Existem duas versões do modelo: a versão aditiva – cada orientação tem efeitos independentes na eficácia da liderança; e a versão multiplicativa – as duas orientações interagem, facilitando os efeitos da outra (Rego, 1997). O estilo 9.9 é considerado o mais eficaz de todos segundo ambas as versões do modelo (Cunha *et al.*, 2016).

Segundo Armandi *et al.* (2003), estas teorias falharam quando se tornou evidente que os tipos apropriados de líderes são influenciados por restrições situacionais.

No âmbito do setor da saúde, Kumar (2013) explica que, dada a natureza das suas organizações, um líder com fraca orientação para as relações pessoais dificilmente contribui para a eficácia do serviço. Adicionalmente, o indivíduo que assume papel de líder, mas que não demonstra preocupação pelos colegas, tende a perder a credibilidade junto destes. O autor conclui que os líderes que possuam orientação para o relacionamento são, portanto, mais adequados nas organizações de saúde.

3.3.3 Abordagens contingenciais/situacionais

Segundo estas abordagens, o líder é eficaz dependendo da sua capacidade de ajustar o seu estilo de liderança em determinadas situações. A abordagem situacional enfatiza, pois, a importância do contexto, da natureza do trabalho exercido pelo líder, das características dos colaboradores e do ambiente externo. As teorias situacionais baseiam-se na conjectura de que diferentes padrões de comportamentos são eficazes num certo tipo de situações e que esses mesmos comportamentos podem não ser tão eficazes noutras situações (Yukl, 1989).

Nos subcapítulos que se seguem são enunciadas algumas das teorias situacionais desenvolvidas.

3.3.3.1 Modelo contingencial de Fiedler

Este modelo considera que a eficácia do líder sobre o desempenho do grupo depende da favorabilidade da situação. A teoria assume que os traços e os comportamentos do líder não os tornam automaticamente líderes. O principal fator numa liderança eficaz consiste, então, na adaptação do estilo de liderança face às diferentes situações (Cruz *et al.*, 2011).

A eficácia do líder depende de dois fatores:

- (i) a orientação para as tarefas ou relações pessoais;
- (ii) o grau de favorabilidade da situação, ou seja, do controlo que tem da situação.

No seu modelo contingencial, Fiedler criou o questionário LPC, *Least-Preferred Co-Worker*, para os gestores completarem de modo a medir o seu estilo de liderança. As questões pedem aos respondentes para descreverem o colaborador com quem menos gostam de trabalhar, respondendo a uma lista de adjetivos. Se o questionário for respondido com um número

significativo de adjetivos positivos (um LPC com pontuação alta), o estilo é identificado como indivíduo com orientação para os relacionamentos. Por outro lado, se os adjetivos escolhidos forem maioritariamente negativos (LPC baixo), é caracterizado o indivíduo como líder orientado para as tarefas (Armandi *et al.*, 2003).

Os líderes orientados para as tarefas são mais eficazes em situações de favorabilidade elevada ou baixa, em comparação com líderes orientados aos relacionamentos. Por outro lado, os líderes mais direcionados para as relações pessoais são mais eficazes em situações de controlo moderado (Armandi *et al.*, 2003; Cunha *et al.*, 2016).

Para Fiedler, como a liderança comportamental é fixa, a eficácia só pode ser melhorada reestruturando as tarefas ou alterando a quantidade de poder atribuída ao líder.

Armandi *et al.* (2003) explicam que este modelo, apesar do seu contributo, apresenta falhas. Em concreto, estes autores contrariam a premissa do modelo de que o estilo de líder é imutável, considerando que uma pessoa pode e deve ajustar o seu estilo à situação.

3.3.3.2 O modelo situacional de Hersey & Blanchard

O modelo de Hersey e Blanchard é uma teoria situacional que sugere que o líder deve adotar diferentes orientações para as tarefas e para os relacionamentos, de acordo com a maturidade dos subordinados (Hersey & Blanchard, 1969, 1988, 1996).

O comportamento do líder pode ser analisado em duas vertentes: grau de orientação para as tarefas e grau de orientação para o relacionamento. A maturidade do colaborador pode ser integrada em dois tipos: maturidade no cargo (conhecimento, experiência e capacidade) e maturidade psicológica (confiança, empenho e motivação). O modelo pressupõe que o líder deve adotar diferentes reações consoante o nível de maturidade do seu colaborador.

O modelo sugere que para indivíduos com baixa maturidade, o líder deve adotar um comportamento mais orientado para a tarefa, ou seja, deve dar, sobretudo, ordens, atribuir funções e dirigir. Sumariamente, conforme a maturidade vai aumentando, o líder deve adotar comportamentos mais orientados ao relacionamento e reduzir os comportamentos orientados às tarefas (Cunha *et al.*, 2016).

3.3.3.3 Teoria do caminho-objetivo

Para Armandi *et al.* (2003), a teoria caminho-objetivo defende que a função do líder é apoiar os seus subordinados a alcançar os objetivos, e guiá-los de modo a assegurar que os objetivos dos subordinados são compatíveis com os da organização. Yukl (1989) oferece uma definição complementar, referindo que esta teoria, desenvolvida inicialmente por House (1971), propõe que o líder motiva um maior desempenho quando age de modo a influenciar os subordinados a acreditar que os grandes resultados podem ser alcançados, com esforço e dedicação elevados.

Os líderes eficazes são capazes de facilitar o acesso/caminho para o alcance das metas, clarificando as funções dos subordinados, removendo os obstáculos e “armadilhas”, e proporcionando oportunidades para que os subordinados sintam satisfação durante o processo. Deste modo, o líder apoia os subordinados por caminhos que conduzem a benefícios simultâneos para eles e para a organização (Armandi *et al.*, 2003; Cunha *et al.*, 2016).

Existem quatro possíveis comportamentos de liderança considerados na teoria caminho-objetivo, que são apresentados na seguinte tabela:

TABELA 2. Comportamentos de liderança da teoria caminho-objetivos (Retirado de Cunha *et al.*, 2016, p. 291).

Tipos de liderança	O Líder
Liderança diretiva	Deixa claro aos subordinados o que é esperado deles, planeia e coordena trabalho, orienta-os a seguirem as regras e procedimentos, fornece padrões de desempenho.
Liderança apoiante	É amigável e demonstra preocupação pelo bem-estar dos subordinados. Mostra respeito, atua com justiça e cria um ambiente amistoso.
Liderança participativa	Ouve os subordinados, pede-lhes sugestões e tem em consideração as suas sugestões antes de tomar uma decisão.
Liderança orientada para o êxito	Estabelece objetivos desafiantes e espera que os subordinados contribuam com o seu melhor. Transmite-lhes a expectativa de que eles alcançarão desempenhos elevados.

A teoria caminho-objetivo assume que os líderes são flexíveis e podem mudar o seu estilo de liderar (tabela 2) dependendo da situação que encontram. Se os subordinados percecionarem que ao realizar um determinado esforço, obterão um melhor desempenho e que, porventura, esse mesmo desempenho permitirá que sejam recompensados/valorizados, significa que o líder está a induzir

motivação e satisfação nos colaboradores. De modo a que esses efeitos sejam alcançados, o líder precisa de ajustar os seus comportamentos a duas variáveis contingenciais (Armandi *et al.*, 2003; Cunha *et al.*, 2016):

- Fatores ambientais: natureza da tarefa, sistema de autoridade e grupo de trabalho.
- Características dos subordinados: *locus* de controlo, experiência e competências.

No que diz respeito às teorias contingenciais/situacionais supramencionadas, Kumar (2013) refere que estas são úteis no âmbito das organizações da saúde na medida em que é reconhecido o papel dos subordinados na melhoria da qualidade da organização.

3.3.4 Abordagens de liderança carismática e transformacional

Segundo Yukl (1989), a década de 1980 conheceu um especial interesse pelas abordagens de liderança carismática e transformacional, uma vez que neste período os líderes e as organizações dos Estados Unidos reconheciam a necessidade de realizar mudanças na gestão, de modo a sobreviver à elevada competição que marcou a época.

3.3.4.1 Liderança carismática

“Carisma”, segundo House (1976), é um termo usado na literatura de ciências sociológicas e políticas para descrever líderes cujas habilidades são capazes de criar um efeito extraordinário nos seguidores. Para o autor, os líderes carismáticos possuem as capacidades de persuasão necessárias para influenciar.

Para Armandi *et al.* (2003), a teoria carismática consiste na atribuição, por parte dos seguidores, de capacidades extraordinárias de liderança quando estes observam determinados comportamentos. Os líderes carismáticos possuem características como autoconfiança, visão, capacidade de demonstrar a sua visão, grande convicção pela sua visão, comportamento fora do convencional e sensibilidade relativamente ao ambiente que o rodeia. Neste tipo de liderança, as pessoas são motivadas a realizar um esforço extra uma vez que, como admiram o seu líder, expressam um elevado grau de satisfação.

Atualmente, é comum a concepção que o carisma resulta da interação complexa de cinco elementos (Cunha *et al.*, 2016):

1. Um indivíduo com extraordinário dom e qualidades;
2. Acontecimento de uma crise social ou situação de desespero;
3. Uma visão radical ou capacidade de apresentar soluções promissoras a uma crise;
4. Conjunto de seguidores atraídos pelo dom de líder e que acreditam no seu poder e visão;
5. A validação do dom extraordinário da pessoa através de sucessos obtidos na resolução de crises.

Na sua obra, House (1976) refere que na liderança carismática os efeitos são mais emocionais do que racionais, na medida em que o seguidor é inspirado a obedecer sem questionar, a oferecer lealdade, compromisso e devoção ao líder e à causa que o líder representa. O autor também refere as três características pessoais dos líderes carismáticos, mais comumente usadas na literatura: (i) grande nível de autoconfiança, (ii) domínio da área na qual trabalha (iii) e uma grande convicção na razão moral das suas crenças. Os líderes carismáticos demonstram o que esperam dos subordinados, exemplificando a força com sacrifício próprio, construindo e promovendo uma imagem sua que os torna competentes e poderosos.

No estudo da liderança carismática, Klein e House (1995) oferecem uma metáfora que propõe que o líder carismático é fruto do encontro de uma faísca (líder), o material inflamável (seguidores) e o oxigénio (ambiente carismático).

3.3.4.2 Liderança transformacional e liderança transacional

As organizações necessitam que os seus membros revelem empenhamento e disposição de “ir mais além”. Quando os colaboradores se sentem satisfeitos e tratados com justiça, e sentem que há preocupação com o seu bem-estar, tendem a confiar na organização e nos seus líderes (Cunha *et al.*, 2016).

Burns (1978) criou o conceito de “liderança transformacional”, dando ênfase a uma liderança exercida por indivíduos com a capacidade de provocar mudanças na sociedade, nas organizações e nos seus membros, conseguindo obter o empenhamento e a empatia necessários para um bem comum. Ou seja, para este autor, liderança transformacional consiste no processo de influenciar alterações de grande dimensão nas atitudes e nos propósitos dos membros da organização e na construção de empenhamento pela missão, objetivos e estratégia da organização. O conceito descreve um processo de liderança que é reconhecido pela forma como resulta em grandes diferenças na cultura e estratégia da organização. Trata-se de um processo partilhado que envolve ações do líder em diferentes níveis e subníveis da organização, não sendo apenas uma liderança associada ao chefe executivo. Os líderes abordados nesta teoria procuram desenvolver a consciência dos subordinados apelando a valores como liberdade, equidade, justiça, humanidade e companheirismo, enquanto evitam sentimentos como receio, inveja, ganância ou deslealdade.

Segundo Armandi *et al.* (2003), o líder transformacional presta atenção às preocupações e necessidades dos subordinados, ajuda-os a olhar para problemas antigos de novas formas, e é capaz de estimular e inspirar os subordinados a alcançar os seus objetivos. O líder transformacional possui carisma, mas é diferente do líder carismático na medida em que este incentiva os subordinados a questionar pontos de vista, inclusive os do próprio líder.

Burns (1978) define liderança transacional como uma relação baseada em recompensas, podendo ser de carácter político, económico ou emocional.

Burns (1978) distingue liderança transacional de liderança transformacional. A liderança transacional envolve a atribuição de recompensas aos seguidores em troca do seu comprometimento e obediência. Na liderança transformacional, os seguidores sentem confiança, admiração, lealdade e compromisso pelo líder e dispõem-se a executar comportamentos para o objetivo comum. Quando comparada com a liderança transacional, a liderança transformacional é mais fortemente relacionada com níveis baixos de rotatividade, alta produtividade e uma maior satisfação profissional. Os líderes transformacionais são também vistos pelos superiores como mais competentes, com maior desempenho e mais promissores.

Tal como James Burns, também Bernard Bass (1985) se dedicou às abordagens de liderança transformacional e carismática. Na sua obra, Bass (1985) explica que os líderes transformacionais cativam os seus colaboradores, consciencializando-os da relevância e do valor dos resultados obtidos. Esta consciencialização é atingida apelando às necessidades superiores e que transcendem o seu interesse próprio em prol da organização. Deste modo, os subordinados desenvolvem sentimentos de confiança e respeito pelo líder, e ganham motivação para realizar mais do que inicialmente estavam predispostos a fazer. O líder transformacional alinha os interesses dos seguidores com os interesses do grupo ou organização.

Relativamente à liderança transaccional, Bass (1999) define que se trata da relação entre o líder e o seguidor que tem como principal fator os interesses de cada uma das partes. Este tipo de liderança pode ter a forma de recompensa contingencial, gestão por exceção ativa ou passiva ou *laissez-faire*.

Bass criou o questionário MLQ – *Multifactor Leadership Questionnaire* – que mede nove componentes de liderança. Os primeiros cinco (influência de atributos ideais, influência de comportamentos ideais, motivação inspiracional, estimulação intelectual e consideração individual) são característicos da liderança transformacional; e os últimos três (recompensa contingente, gestão por exceção ativa, gestão por exceção passiva), como referido, correspondem à liderança transaccional. A última componente consiste na falta de liderança, i.e., “laissez-faire” (Antonakis, 2012; Bass, 1999):

- Influência de comportamentos e atributos ideais: refere-se aos comportamentos que os líderes adotam e que suscitam fortes emoções nos subordinados, transmitem confiança, identificação destes indivíduos com o líder e influenciam os seus ideais.
- Motivação inspiracional: este fator corresponde à liderança que inspira e motiva os subordinados a serem ambiciosos com os seus objetivos, mesmo os que, aparentemente, são mais difíceis de atingir. O líder aumenta as expectativas dos subordinados e motiva-os a agir, transmitindo-lhes a confiança de que conseguem

ser bem-sucedidos. Esta componente da liderança faz com que o subordinado queira ir “mais além” e obtenha um melhor desempenho.

- Estimulação intelectual: os líderes aumentam a consciência dos subordinados para os problemas e para uma diferente e nova perspetiva de lidar com os mesmos. Correm riscos, procuram as ideias dos subordinados, estimulando a criatividade e a autonomia de pensamento, e incluem-nos no processo de resolução de problemas. Esta ação faz com que os subordinados se sintam motivados e empenhados em atingir os objetivos. Os líderes com estimulação intelectual dão valor à aprendizagem e qualquer situação serve de oportunidade para aprender.
- Consideração individualizada: os líderes procuram dar apoio, ouvir e responder às necessidades individuais de cada colaborador. É um líder que transmite empatia, mantém uma comunicação aberta e respeitosa e demonstra a importância da contribuição de cada um para a equipa. O líder que usa consideração individualizada preocupa-se em desenvolver o potencial máximo dos seus subordinados, para isso mantém-se em constante contacto com os seus subordinados.
- Recompensa contingente: é baseada nas permutas económicas e emocionais, acompanhadas pela informação clara dos requisitos da posição e na recompensa pelos resultados desejados. A recompensa contingencial é uma transação construtiva e é eficaz em motivar os subordinados; no entanto, a motivação obtida por esta componente é menor do que as componentes comportamentais da liderança transformacional. Aqui o líder atribui tarefas aos subordinados, oferece apoio aos seus esforços e mostra reconhecimento pelos mesmos.
- Gestão por exceção ativa e gestão por exceção passiva: a gestão por exceção consiste numa transação negativa, uma vez que o líder apenas supervisiona situações que se desviem das normas implementadas. Ou seja, o líder apenas atua quando existe algum erro ou falha por parte dos subordinados. Um líder que

pratica uma gestão por exceção ativa, supervisiona o desempenho dos subordinados e procede a correções quando os mesmos não cumprem as normas implementadas, enquanto que na gestão por exceção passiva, o líder aguarda que os erros ocorram até realmente intervir e proceder a medidas corretivas.

- Liderança *Laissez-Faire*: o líder evita tomar qualquer posição e decisão, e constantemente abdica da sua autoridade, não toma medidas mesmo quando a situação se torna crítica. Esta componente corresponde à liderança do tipo mais inativo e é fortemente associada a insatisfação dos subordinados, conflito e ineficácia.

Para Bass (1985), líderes transformacionais estimulam o melhor dos subordinados, enquanto que, por outro lado, na liderança carismática pode acontecer o oposto. Líderes carismáticos podem usar o seu carisma para manter os seguidores dependentes e sem poder, e para instigar a lealdade pessoal e não a lealdade pelos valores da organização.

Relativamente à liderança transacional, Bass (1985) reconhece a diferença entre esta e a liderança transformacional. No entanto, ao contrário de Burns (1978) que encarava as duas lideranças como opostas, este autor refere que não se tratam de processos mutuamente exclusivos, pelo que o mesmo líder pode usar ambas as lideranças em diferentes ocasiões. Bass (1999) refere que o líder transacional exerce um reforço contingente nos seus seguidores, que é o contraste do líder transformacional, sendo que este inspira e estimula intelectualmente.

Na área da saúde, segundo Kumar (2013), o contributo da liderança transacional na melhoria da qualidade dos serviços é limitado. Para o autor, o tipo de liderança transformacional beneficia claramente a qualidade dos serviços de saúde. Esta revela-se mais eficaz para motivar os profissionais de saúde a adquirir uma visão comum da organização e sua missão e a colaborar em processos de mudança. O líder transformacional não resiste á mudança, pelo contrário, reconhece a sua necessidade e promove-a.

4. Metodologia e Construção do Estudo Empírico

4.1 Os Objetivos, a Pertinência e as Questões de Partida do Estudo

O presente estudo tem como **objetivo geral** procurar tecer considerações úteis sobre os estilos de liderança que melhor contribuem para a eficácia das organizações de saúde. Neste sentido, e de modo a alcançar o objetivo geral, foram definidos **objetivos específicos**:

- Conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre o estilo de liderança adotado pela respetiva chefia e procurar caracterizá-lo;
- Conhecer quais os estilos e comportamentos de liderança que os profissionais de saúde consideram ideais;
- Procurar realçar os entendimentos destes profissionais a respeito do impacto de tal estilo de liderança ao nível do ambiente de trabalho e da eficácia organizacional.

A pertinência do estudo vai de encontro à preocupação atual no sentido de serviços de saúde com maior qualidade. Os líderes, em qualquer organização, representam um dos principais fatores de sucesso, pelo que o(s) estilo(s) de liderança adotado(s) por cada líder devem ir de encontro à realidade da instituição, de modo a que sejam alcançados os objetivos e o propósito da organização. Na área da Saúde, os enfermeiros constituem maior grupo profissional da organização e assumem um papel de destaque no desenvolvimento de sistemas de saúde de qualidade, na medida em que estão diariamente envolvidos na prestação de cuidados e vivem a realidade dos serviços de saúde de forma diferente do enfermeiro líder, que devido à sua posição na organização, apresenta menos envolvimento na prestação de cuidados e contacto direto com o paciente (Fradique & Mendes, 2013). Considera-se particularmente relevante, deste modo, conhecer as percepções dos enfermeiros a respeito dos estilos de liderança que consideram mais eficazes para a respetiva organização.

Este estudo é orientado por questões de partida, que, como explica Fortin (1996), e decorrem dos objetivos e especificam os aspetos que serão estudados:

“Qual a percepção dos enfermeiros sobre o estilo de liderança da chefia?”

“Os enfermeiros concordam com o estilo de liderança adotado pelo enfermeiro chefe?”

“Como influencia a equipa e o ambiente organizacional o estilo de liderança adotado pelo enfermeiro chefe?”

“Que estilos de liderança, segundo a perceção dos enfermeiros, são ideais para a eficácia organizacional?”

4.2 Metodologia

4.2.1 Tipo de pesquisa e metodologia adotada

Na sua obra, Gray (2012) explica que existem quatro tipos possíveis de estudo, segundo o seu propósito: (i) exploratório, que se aplica quando se procura explorar um fenómeno que não é suficientemente conhecido; (ii) descritivo, estudo cujo objetivo é demonstrar como determinado fenómeno ocorre; e (iii) explicativo, que procura explicar e examinar estudos descritivos, responde a questões do tipo “como” e “porquê”.

O tipo de pesquisa adotado na presente dissertação é de natureza descritiva, uma vez que é analisada e descrita a perceção dos enfermeiros relativamente á liderança dos seus enfermeiros líderes. Segundo Fortin (1996) existem três categorias de estudos descritivos: estudos descritivos simples, estudos de caso e inquéritos. O estudo enquadra-se na descrição de estudo descritivo simples, que consiste em descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, onde não há interferência por parte do investigador e é utilizado um único método de recolha de dados (Fortin, 1996; Jansen, 2010).

Quanto á abordagem, Dalfovo, Lana e Silveira (2008), em termos de aplicabilidade, afirmam que podem ser definidas duas estratégias de pesquisa: abordagem qualitativa e abordagem quantitativa.

A abordagem quantitativa atua ao nível da realidade e o objetivo é esclarecer dados, indicadores e tendências observáveis. Por outro lado, a investigação qualitativa está relacionada com representações, crenças, valores, atitudes e opiniões (Minayo & Sanches, 1993).

Segundo Carmo e Ferreira (2008), a distinção entre os métodos quantitativos e qualitativos está na recolha de informações e no modo como estas informações são analisadas. Na abordagem

quantitativa utilizam-se técnicas estatísticas e corresponde a tudo o que pode ser mensurado em número. A abordagem qualitativa verifica a relação da realidade com o objeto de estudo.

Para estudos que envolvam a liderança, *Insch et al.* (1997) referem que, sendo um tema de percepções pessoais, a pesquisa qualitativa permite obter dados mais detalhados e ricos do que a pesquisa quantitativa.

No estudo qualitativo, o principal interesse do investigador é perceber o significado das experiências vividas pelos próprios indivíduos e fazer ressaltar em que sentido o fenómeno estudado influencia os participantes (Fortin, 2009). O papel do investigador na pesquisa qualitativa é o de obter um panorama “holístico”, onde são incluídas as percepções dos participantes (Gray, 2012).

Neste sentido, o presente estudo segue a abordagem qualitativa, entendida como a metodologia mais adequada para compreender o objetivo central da investigação. Contudo, a metodologia qualitativa também apresenta desvantagens, tais como o facto de a recolha de dados poder ser extremamente trabalhosa, o volume de dados gravados, o tempo necessário para os transcrever, codificar e analisar, e a falta de clareza dos métodos de análise (Miles, 1979).

Gauthier (1992) define etapas para a investigação qualitativa: a primeira etapa consiste na formulação do caso de estudo; a segunda etapa consiste na elaboração das questões de partida; o terceiro passo passa pela escolha do método da recolha de dados: observação, entrevistas, documentação; o quarto passo é a escolha de uma população (amostra); o quinto passo consiste na recolha dos dados e análise dos mesmos; no sexto passo elaboram-se considerações consoante as informações.

Um possível ponto de partida num estudo qualitativo consiste em obter conhecimento teórico através da literatura ou resultados empíricos anteriores (Flick, 2005). Neste sentido, foi realizada uma revisão de literatura que engloba teorias conhecidas do tema de liderança, tendo como objetivo a construção de uma base de conhecimento que sustente o estudo empírico conduzido.

4.2.2 Seleção e caracterização da amostra

Inicialmente pretendeu-se aplicar o presente estudo numa organização de saúde. Para o efeito foram contactadas 7 instituições de saúde. Estas instituições foram contactadas via email, sendo que três delas foram contactadas presencialmente devido à ausência de resposta. Uma instituição informou que o estudo não foi autorizado sem apresentar justificação; outra instituição informou que a proposta de estudo se encontrava em análise, no entanto não houve resposta posterior; e as restantes organizações não responderam. Apenas uma instituição se mostrou disponível para colaborar, mas infelizmente o parecer da autorização final apenas foi dado decorridos meses, quando a recolha de dados já se encontrava numa fase consideravelmente desenvolvida.

Devido à ausência de resposta positiva breve, e ao tempo limitado para execução da dissertação, optou-se por entrevistar enfermeiros de várias organizações de saúde, utilizando o método de “bola de neve”.

Segundo Biernacki e Waldorf (1981), a recolha de dados pelo método de “bola de neve” tem sido frequentemente praticada na pesquisa qualitativa sociológica. O método baseia-se em referências feitas entre pessoas que conhecem ou sabem de outras que possuem características de interesse para o estudo. Thompson (2002) caracteriza o método de bola de neve como um processo onde a alguns membros identificados de uma população é pedido para identificar outros, de seguida, aos recentes membros identificados é pedido para identificar outros indivíduos, e sempre assim, desencadeando, tal como o nome indica, uma bola de neve de referências e amostras para o estudo. Para Sharma (2017), o método é particularmente conveniente quando a amostra da população que é necessário estudar é de difícil acesso. Neste caso, uma vez que se revelou difícil obter pareceres positivos para efetuar o estudo numa organização de saúde específica, o método de “bola de neve” foi útil para gerar uma rede extensa de enfermeiros aptos a colaborar, mas não associados a uma organização particular.

O critério utilizado para delimitar o número de entrevistas foi o de saturação de informação, uma vez que, a dada altura, a cada nova entrevista não eram obtidos dados significativamente novos. Sendo assim, no total foram realizadas 20 entrevistas, sendo 18 entrevistados do sexo feminino e 2 entrevistados do sexo masculino. A antiguidade média dos participantes no estudo é de 13 anos, sendo a menor antiguidade de 5 anos e a maior de 39 anos. Na tabela seguinte encontra-se em detalhe a antiguidade de cada entrevistado.

Tabela 3. Atributos dos participantes

Entrevistado	Sexo	Antiguidade (anos)
E1	F	12
E2	F	8
E3	F	11
E4	F	28
E5	F	11
E6	F	6
E7	M	11
E8	M	19
E9	F	39
E10	F	12
E11	F	11
E12	F	10
E13	F	5
E14	F	15
E15	F	10
E16	F	12
E17	F	11
E18	F	12
E19	F	9
E20	F	12

4.2.3 Instrumentos de Recolha de Dados

Segundo Gray (2012), quando o objetivo da investigação é examinar sentimentos e atitudes, as entrevistas são o melhor instrumento de recolha de dados. O uso de entrevistas semiestruturadas permite ao investigador obter respostas mais detalhadas, na medida em que o respondente pode esclarecer e aprofundar as suas respostas, o que é particularmente útil quando se pretende conhecer os sentimentos e os significados que as pessoas atribuem aos fenómenos. Também Arksey e Knight (1999), mencionados por Gray (2012), referem que realizar entrevistas é uma

forma poderosa de ajudar as pessoas a explicar o que pretendem transmitir, uma vez que permite que estas consigam formular as suas perceções, sentimentos e entendimentos.

Para Cassel e Simon (2004), o propósito das entrevistas na pesquisa qualitativa consiste em explorar o tema de estudo pela perspetiva dos participantes, e de entender como e porquê os mesmos possuem essa perspetiva em particular.

Neste sentido, a entrevista foi escolhida como fonte de recolha de dados por se adequar aos objetivos da dissertação. O guião da entrevista desenvolvido para a realização deste estudo encontra-se no apêndice I.

No presente estudo foi aplicada uma entrevista semiestruturada, uma vez que este tipo de entrevista permite um aprofundamento das visões e opiniões sempre e onde se tornar desejável, na medida em que há uma lista de questões previamente estipuladas, mas no decorrer da entrevista podem surgir novos caminhos (dado que os participantes possuem liberdade para se expressar), que embora não constassem no guião original da entrevista, podem ajudar a alcançar os objetivos pretendidos (Gray, 2012).

Esta fonte de recolha de dados também apresenta desvantagens, nomeadamente maiores dificuldades com a comparação das entrevistas, o requisito de maior disponibilidade de tempo por parte dos participantes, eventuais deslocações do entrevistador, o elevado tempo de transcrição de cada entrevista, e os respetivos custos financeiros associados (Gray, 2012).

Para a realização das entrevistas foi entregue uma declaração de consentimento informado (apêndice II) e explicado, igualmente, de modo verbal as condições da entrevista e o objetivo da temática de estudo. Não foi dado conhecimento prévio do guião da entrevista aos participantes de modo a conseguir obter respostas mais espontâneas e genuínas.

A investigadora munuiu-se do material necessário, neste caso, as declarações de consentimento, o guião de entrevista e um meio de gravação de áudio. Nenhum dos participantes recusou a gravação da entrevista. As 20 entrevistas tiveram uma duração compreendida entre 17 e 60 minutos, com uma duração média de 28 minutos. As entrevistas decorreram entre 12 de fevereiro e 22 de maio de 2019, sendo que esta dispersão no tempo se deveu à disponibilidade indicada por cada enfermeiro.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Após transcrição, foi utilizado o *software* de análise de dados qualitativos *NVivo*, versão 12, que facilitou a construção das

categorias de análise e subsequente processo de análise das entrevistas. De modo a preservar o anonimato dos participantes, os nomes foram substituídos por códigos (E1, E2, ... E20) e foi ocultada qualquer informação que pudesse comprometer a sua identificação (por exemplo, a organização e o serviço).

5. Análise e discussão de resultados

Neste capítulo é apresentada a análise e discussão dos resultados obtidos pela fonte de evidência selecionada, as entrevistas semiestruturadas.

Segundo Hsieh e Shannon (2005) existem três abordagens para a análise qualitativa de conteúdo: (i) abordagem convencional – tipo de abordagem apropriada quando a revisão de literatura do tema é reduzida, as categorias obtidas surgem a partir dos dados obtidos; (ii) abordagem direcionada – existe revisão de literatura sobre o tema, o que ajuda a determinar as categorias da análise de dados; (iii) abordagem sumativa – identificação e contagem de determinadas palavras ou conteúdo com o objetivo de interpretar o contexto das mesmas.

Tendo em conta os contributos de Hsieh e Shannon (2005), a abordagem adotada na análise de dados da presente investigação é a abordagem direcionada, uma vez que as categorias temáticas foram identificadas com base na revisão teórica e nas respostas às entrevistas realizadas. Carmo e Ferreira (2008) corroboram este tipo de abordagem na medida que defendem que as categorias temáticas devem surgir do estudo teórico realizado previamente e dos próprios dados em análise.

Nos próximos subcapítulos são apresentadas as grelhas de análise desenvolvidas para as diferentes categorias temáticas identificadas e são descritos os resultados com a inclusão de excertos ilustrativos das entrevistas.

5.1 O conceito de liderança segundo a percepção dos enfermeiros

As primeiras questões colocadas aos enfermeiros procuraram entender qual a percepção dos mesmos sobre o conceito de liderança. Na tabela seguinte são apresentados os indicadores obtidos através das respostas dos participantes.

Tabela 4. Categoria "O conceito de liderança"

Categoria temática	Dimensão de análise	Indicadores	Ocorrências
O conceito de liderança	Definição de liderança e conceito de líder	1. Competência Interpessoal	E1, E3, E5, E8, E9, E12, E13, E16, E20
		2. Capacidade de motivar e conduzir a equipa de modo a atingir um objetivo em comum	E1, E4, E10, E13, E14, E15, E19
		3. Disponibilidade	E6, E7, E11, E19
		4. Líder vs Gestor	E8

Para a dimensão “definição de líder e conceito de liderança”, a categoria mais vezes mencionada, foi a competência interpessoal, que segundo a abordagem dos traços de personalidade consiste na capacidade de compreensão de atitudes, sentimentos e motivos de outras pessoas, e que corresponde á sensibilidade social e capacidade de comunicação (Cunha *et al.*, 2016). Os enfermeiros entrevistados consideram que um líder é alguém com boa capacidade de se relacionar e que compreende as necessidades dos seus subordinados. Esta noção é manifestada nos seguintes excertos:

É muito importante ser capaz de ser humilde, ser capaz de se colocar no lugar do outro e perceber que nós nem todos os dias estamos bem, de forma a conseguirmos pegar na nossa equipa, percebermos pontos fortes e pontos fracos realmente e conseguirmos levar a bom porto. Mas, para isso, é importante nós conseguirmos perceber que estamos a lidar com pessoas e que as pessoas não são estanques, as pessoas vão mudando ao longo do tempo e vão mudando para bem e para mal, e sermos capazes de conciliar isso. (E1)

Para ser um bom líder é preciso ter uma capacidade humana e uma riqueza humana capaz de entender o outro, uma capacidade inter-relacional muito rica. Capaz de ver para além do que se vê, capaz de conhecer para além do que se conhece, capaz de olhar e ver que o outro está cansado. E, primeiro, conhecer profundamente quem se tem na equipa, depois conhecer a opinião de cada um também de uma forma profunda (E9)

Como conceito de liderança e de líder, vários entrevistados mencionaram que líder é aquele que consegue conduzir os seus subordinados pelo caminho que vai permitir alcançar o objetivo em comum, o que vai de encontro à teoria do caminho-objetivo – desenvolvida por House (1971) – que defende que o papel do líder consiste em influenciar um indivíduo ou grupo de modo a alcançar os objetivos associados a determinada situação de trabalho.

É alguém capaz de mostrar qual o objetivo comum, demonstrar qual o caminho melhor, mostrar-me o que é melhor. Acho que é isso que define a liderança, alguém que nos conduz para o mesmo caminho. (E13)

Um bom líder tem de, acima de tudo, ver as coisas num panorama geral e determinar bem quais os seus objetivos, o que pretende para a sua liderança e os objetivos da sua equipa, e com isso fazer o melhor para atingir esses objetivos e não objetivos pessoais ou de determinados grupos, mas sim da equipa em geral. (E14)

[Um líder é capaz de] perceber quais as necessidades que a pessoa tem para atingir o objetivo, sendo que querem atingir o mesmo objetivo, querem estar a lutar para atingir o mesmo objetivo e devem dar ferramentas necessárias para atingir esse objetivo. Então, o líder terá de ter essa capacidade de perceber muito bem o que é que o outro necessita e de tentar agilizar tudo no sentido de proporcionar essas ferramentas. (E15)

Apenas um dos entrevistados, o E8, abordou a diferença entre líder e gestor, referindo que um líder é alguém com uma perceção holística, que percebe os outros e a realidade do trabalho de modo a alcançar os objetivos e, por outro lado, gestor é alguém que exerce um comportamento mais autoritário, a quem se associa obediência:

Primeiro acho que temos de distinguir liderança e gestor. Liderança para mim é uma coisa mais abrangente, uma coisa que reflete vários parâmetros e também depende do local em que estamos inseridos como líder. É um indivíduo que tem de ter uma perceção

abrangente, tentar entender o que é liderança e que é diferente de ser gestor, que é uma coisa mais de obediência, 'eu quero, posso e mando', enquanto que liderança é uma coisa mais abrangente, muito mais definidora do que é a pessoa. Tem que perceber um bocado o que é o outro, perceber a realidade onde se encontra, ser autocrítico e tem que exigir que se cumpram determinados objetivos pelos quais se regem a instituição onde se encontram. Portanto, líder é uma questão muito abrangente, muito mais alargada, tem de ser um indivíduo que crie empatia, que percecionos os outros, tem de saber ser chefe. Na liderança somos mandatários quando temos de ser, temos de ser solícitos quando temos de ser, temos de ser empáticos quando temos de ser, temos de percecionos as coisas de uma maneira diferente.

Este testemunho enquadra-se no que foi escrito por Weathersby (1999), que enuncia que gestão é sobre controlar e liderar é sobre persuadir e não comandar.

5.2 Perceção dos enfermeiros a respeito dos traços de personalidade dos seus enfermeiros líderes

Nas entrevistas realizadas foi solicitado aos respondentes que mencionassem características do seu enfermeiro líder atual. Na tabela seguinte é apresentada a grelha de análise para esta dimensão:

Tabela 5. Categoria "Traços de personalidade dos enfermeiros chefes"

Categoria temática	Dimensão de análise	Indicadores	Ocorrências
Traços de personalidade dos enfermeiros chefes	Perceção dos enfermeiros sobre os traços de personalidade do seu enfermeiro líder atual	1. O líder possui energia e capacidade de lidar com o stress	Perceções positivas: E1, E4 E17 Perceções negativas: E20
		2. O líder é autoconfiante	Perceções negativas: E3, E13, E14, E16, E18, E20

<p>3. O líder possui <i>locus</i> de controlo interno (assumem responsabilidades pelos seus erros, são proativos e competentes)</p>	<p>Perceções positivas: E1, E2, E7, E13, E15, E16, E19, E20</p> <p>Perceções negativas: E6, E11, E12, E14</p>
<p>4. Maturidade emocional</p>	<p>Perceções negativas: E3, E4, E9, E10, E12, E16, E17, E19, E20</p>
<p>5. O líder é honesto e íntegro</p>	<p>Perceções positivas: E1, E8</p> <p>Perceções negativas: E3, E9, E13</p>
<p>6. O líder apresenta motivação para o êxito (deseja alcançar padrões de excelência, é persistente)</p>	<p>Perceções positivas: E5, E7</p> <p>Perceções negativas: E9, E16, E18</p>
<p>7. O líder apresenta motivação para o poder social (usa o poder para organizar as atividades do grupo e negocia para chegar a acordos favoráveis)</p>	<p>Perceções negativas: E4, E9, E11, E12, E13, E16, E20</p>

Os indicadores definidos nesta dimensão surgiram com base no estudo de Cunha *et al.* (2016) e Yukl (1998) sobre a abordagem dos traços de personalidade, que considera que determinados indivíduos possuem características que os tornam mais aptos a liderar.

Para o primeiro indicador “O líder possui energia e capacidade de lidar com o stress”, a maioria dos respondentes afirmou que perante situações mais tensas, como por exemplo, lidar com

doentes ou familiares chateados, os enfermeiros líderes demonstram, facilmente e sem hesitação, disponibilidade para ajudar na situação, como as referências seguintes demonstram:

A minha enfermeira chefe acho que é muito boa na resolução de conflitos entre nós e os doentes. Quando existe algum problema com o utente, ela é a primeira pessoa a chegar à frente e a tentar resolver. Principalmente com familiares agressivos para connosco, com a nossa forma de estar e de falar. (E1)

Ela [enfermeira chefe] primeiro tenta saber o que se passa com a equipa, e é uma chefe que nos defende, que está ao nosso lado nas diversas situações. (E17)

Por outro lado, o enfermeiro E20 denota uma perceção negativa quanto à capacidade do enfermeiro chefe de lidar com situações tensas/delicadas, uma vez que quando é confrontado pelos enfermeiros numa situação menos favorável rapidamente fica transtornado:

Ela [enfermeira chefe] lida de uma forma muito agressiva, agressiva ao nível do discurso, fica logo num semblante diferente, a falar assim mais alto, muito agitada, como que “Se eu fiz assim é porque tinha de ser assim”.

No que toca à autoconfiança, para Cunha *et al.* (2016) este atributo inclui a capacidade de o indivíduo enfrentar tarefas difíceis, atuar decisivamente em momentos críticos, transmitir confiança aos outros, persistir perante obstáculos e não se destituir das suas responsabilidades em momentos difíceis. Na mesma vertente, Yukl (1998) explica que a relação entre a autoconfiança e a eficácia de um líder pode ser compreendida examinando-se como este atributo afeta o comportamento do líder. Sem um grande nível de autoconfiança, o líder é menos propenso a influenciar e, se for realizada uma tentativa de influência, é pouco provável que seja bem-sucedido. Líderes com elevada autoconfiança são mais propensos a realizar tarefas desafiadoras e a definir objetivos exigentes para si mesmos. O autor acrescenta que líderes autoconfiantes tomam a iniciativa para resolver problemas e introduzir mudanças desejáveis. Relativamente a este atributo, todas as menções sobre o mesmo foram de denotação negativa. Na perceção de vários entrevistados, o enfermeiro-chefe apresenta insegurança e pouca capacidade de enfrentar pessoas e problemas. Estas perceções são demonstradas nas seguintes citações:

E depois existe um problema, que quando põe em causa a legitimidade do trabalho dela, ela passa a batata quente para o trabalhador, em que diz que nós é que temos de resolver

o problema, e até faz grupos de trabalho, para cada um ajudar a resolver o problema, quando devia ser ela que, como chefe, tinha de resolver. (E3)

Ela é uma pessoa muito introvertida, com muita dificuldade em enfrentar os outros, nem consegue olhar nos olhos, e perante situações menos boas ela tenta escapar-se ao máximo de chamar as pessoas à atenção. O assunto fica adormecido e sinto que não tem o mínimo de controlo da situação. (E18)

O *locus* de controlo interno inclui a capacidade de o líder assumir responsabilidades, tomar iniciativa e lidar de forma positiva com os erros (Cunha *et al.*, 2016). Yukl (1998) acrescenta que um líder com um *locus* de controlo interno é confiante na sua capacidade de influenciar pessoas e é mais propenso a usar a persuasão em vez de estratégias coercivas e manipulativas. Sobre a capacidade de lidar com os erros, as respostas dadas pelos entrevistados demonstram que a maior parte dos enfermeiros chefes encara o erro como algo a ser corrigido e ultrapassado e também como um modo de aprendizagem:

[A enfermeira-chefe] Convocava reuniões para contornar o erro. Tudo ficava determinado e escrito num protocolo formal, o que reconheço que era um aspeto positivo no seu trabalho, ela esforçava-se muito nesse sentido. (E2)

O testemunho do participante E12 demonstra um líder manipulativo, o que, segundo a explicação de Yukl (1998), é o oposto de um líder com elevado *locus* de controlo interno:

A nossa enfermeira chefe, eu digo que é uma boa gestora, porque ela consegue fazer as pessoas seguir o que ela quer através da manipulação. Ela é capaz de vir dizer uma coisa a mim, outra coisa a outro e nós entramos em conflito uns com os outros. E existem sempre pessoas estimuladas para fazerem determinado tipo de coisas a que as outras não têm acesso, portanto são sempre as mesmas pessoas que fazem tarefas mais perto dela, são sempre as mesmas pessoas que ela consegue, de alguma forma, manipular mais facilmente. Todas as que não são facilmente manipuláveis são cartas fora do baralho, uma vez que estamos em constante conflito com ela.

O E15 transmite que o líder possui um bom *locus* de controlo interno na medida em que toma a iniciativa e tem em atenção maneiras de realizar mudanças, que vão ser positivas para a instituição. No excerto seguinte, o entrevistado dá um exemplo:

Por exemplo, quando um enfermeiro mete atestado, esse elemento fica a menos e trabalhar no serviço com um enfermeiro a menos é complicado. Durante muito tempo, as estratégias [elaboradas pelo enfermeiro-chefe] para cobrir esses turnos foram passando por várias fases até que ele lançou na plataforma as disponibilidades como objetivo de avaliação ao desempenho. Um dos objetivos da avaliação de desempenho passou a considerar darmos 10 disponibilidades por ano. Desse modo ele consegue atingir o objetivo dele e nós temos de atingir o objetivo também.

No que concerne à maturidade emocional, no seu manual Cunha *et al.* (2016) definem este atributo como a capacidade de ter consciência das suas forças e fraquezas, de o indivíduo procurar não se rodear apenas de colaboradores acríticos, ser mais recetivo à crítica, menos autocentrado, menos impulsivo e mais cooperativo. Tal como no atributo autoconfiança, também ao nível da maturidade emocional todas as perceções dos enfermeiros obtidas são negativas. Segundo a perceção de alguns enfermeiros, os enfermeiros chefes chegam a sentir-se ameaçados se os elementos da equipa apresentarem críticas ou ideias diferentes:

Para ela [enfermeira chefe] é mais fácil pessoas que obedeçam ao que ela pensa e às ideias dela e ao que ela acha que é correto. É mais fácil se ela não tiver pessoas com ideias próprias, é muito mais fácil, as coisas funcionam muito melhor, acho que é por aí. (E12)

Eu acho que isto [gostar de ouvir diferentes pontos de vista] na enfermagem é muito notório porque é exatamente o contrário. Tens um elemento que se nota que tem algumas características diferentes, ou mais ricas do pondo de vista humano, ou técnico, ou de conhecimento, capacidade criativa, o que quer que seja, existe logo uma perseguição [por parte do enfermeiro chefe], uma tentativa de abafar. (E9)

A reparar que nas chefias, tudo o que é dito que vá contra a opinião do chefe é quase tido como uma afronta, um ataque, um abalar do seu poder ou opinião. (E17)

Também foi referido pelo E17 e pelo E19 o lado negativo da impulsividade enquanto atributo demasiado presente no enfermeiro chefe:

Quando falo em impulsividade, falo, por exemplo, que não podem [os enfermeiros chefes] reagir perante uma notícia ou comunicação menos boa. Acho que tem de ser uma pessoa que mesmo que não esteja a gostar tem de ter a capacidade para aguardar antes de

comunicar uma decisão ou referir se gosta ou se não gosta. Eu não gosto de um chefe muito impulsivo porque sempre que vivenciei a impulsividade foi para o lado negativo, por exemplo as famílias, que nós sabemos que são os maiores defensores dos utentes, mas não são os donos da verdade porque não têm capacidade de avaliar o trabalho do enfermeiro. Além de não terem capacidade técnica e profissional, têm as emoções à flor da pele e há muito emoção envolvida e a nossa enfermeira chefe não apurava primeiro connosco a verdade da situação e acabava por discutir connosco antes saber da situação, e passávamos por situações desagradáveis na equipa. (E17)

As chamadas de atenção são muito explosivas e menos refletivas do que deveriam ser, é preciso ter consciência e ela [enfermeira chefe] leva-se muito nas emoções e vem e fala e é muito explosiva e essa é a parte menos boa. (E19)

Quanto ao atributo de honestidade e integridade as opiniões são diversas. Por um lado, temos enfermeiros cuja perceção é positiva, como é possível perceber pelas seguintes referências:

Uma coisa que eu acho espetacular, é que não favorece as intrigas entre as pessoas, se tu lhe vais falar mal de alguém, de alguma coisa de alguém, ela [enfermeira chefe] nem quer saber nomes. Ela não mete veneno, pelo contrário, às vezes nem quer saber quem é a pessoa, quer saber se a situação está resolvida. (E1)

É um indivíduo [enfermeiro chefe] que assume aquilo que diz e que faz e pede para fazer, e eu valorizo muito isso, porque uma coisa é dizer-nos particularmente e depois não assume por trás, mas ele assume e isso traz uma certa segurança a quem trabalha com ele. (E8)

Em contrapartida, enfermeiros como o E9, que já trabalhou com vários enfermeiros chefes, demonstra uma opinião negativa quanto à honestidade e integridade dos mesmos:

Aqui em Portugal eles chegam ao lugar de enfermeiro chefe e passam a lidar com papéis. Têm a pressão de cima que os obriga a dar respostas que às vezes não têm interesse nenhum e depois fazem um jogo duplo. À equipa de enfermagem [os enfermeiros chefes] dizem que a direção os obriga e que são maus e quando vão à direção dizem que a equipa de enfermagem são estes, são aqueles, uns preguiçosos, uns incompetentes e, portanto, fazem jogo duplo em que ninguém ganha com isso, nem os enfermeiros, nem a instituição.

Também o E13 aborda a falta de honestidade do enfermeiro chefe para com a equipa:

Por exemplo, temos falta de enfermeiros, não há uma tentativa sequer, nem há essa honestidade que deveria ter para connosco, que é dizer que tentou mostrar provas disso, mas não, não há nada disso.

No que diz respeito à motivação para o êxito, este atributo consiste no desejo de alcançar padrões de excelência, procurar oportunidades nos obstáculos, ser persistente, tomar iniciativa, preferir soluções de risco intermédio (Cunha *et al.*, 2016). Similarmente ao atributo anterior, também na motivação para o êxito a perceção dos enfermeiros respondentes não é unânime. Nas citações seguintes são apresentadas perceções negativas, no sentido em que o enfermeiro considera que o enfermeiro chefe tem falta de interesse e não mostra iniciativa, logo não apresenta motivação para o êxito:

Se queremos fazer uma ideia nova no serviço, se queremos projetar alguma coisa, a resposta é sempre a mesma “tem mesmo de ser, vai dar muito trabalho?”. Portanto, a perspectiva é um bocadinho essa, temos um sistema de avaliação e é o primeiro a dizer que o satisfaz basta, acaba por faltar aquela capacidade de nos ouvir, de ouvir as nossas ideias sem preconceitos nem julgamentos, de nos deixar evoluir porque simplesmente não está disponível para isso. (E16)

Ela [enfermeira-chefe] não tem dinamismo, não é empreendedora, não aceita bem projetos dinâmicos e não é o tipo de pessoa que motive o outro a realizar um tipo de trabalho diferente porque coloca sempre mais obstáculos do que facilidades. (E18)

Por outro lado, o E7 demonstra uma perceção positiva no facto do enfermeiro chefe trabalhar para que gradualmente haja uma melhoria do serviço:

Apesar de ser um serviço um pouco confuso, gradualmente temos notado que nestes últimos anos ele teve uma preocupação em reforçar a equipa, principalmente em determinadas áreas em que o volume de doentes era muito grande e os elementos que estavam não eram capazes, apesar de termos de fazer alguns projetos para ajudá-lo a provar que realmente é necessário, porque às vezes há essa necessidade, quem está à frente desse tipo de liderança às vezes conta que com pouco se faz muito mas com pouco pode-se fazer muito, mas não se faz com qualidade, com a excelência que se pretende.

Por fim, quanto à motivação para o poder social, todas as percepções obtidas são negativas. Os enfermeiros percebem que o enfermeiro chefe enquanto líder podia fazer mais pela equipa, visto que tem uma posição de maior poder, mas que não o faz. Podemos compreender esta relação através das seguintes referências dos entrevistados:

Ela segue muito orientações que lhe dizem para fazer. Ela é uma boa pessoa, tem atitudes assertivas, mas não toma decisões de acordo com o que se passa no serviço, mas sim de acordo com as indicações que recebe de cima. Por exemplo dizem-lhe: “os teus funcionários não têm mais folgas”, ela chega e informa que não temos mais folgas. Não torce um bocadinho pelo serviço, apenas se limita a informar como o serviço funciona e como temos de agir de outra forma. Acho que é dessa forma que falha um bocadinho.
(E11)

No seguinte excerto, o E13 opina sobre os atributos de um líder ideal, o que contrasta com o revelado pelo seu líder atual:

Líder é assumir, dar o corpo às balas, defender os seus, ser capaz de não se guardar para si próprio e não acatar ordens só porque sim, porque um líder não é só um supassumo mas um líder intermédio, como por exemplo uma chefia de enfermagem no serviço, é um meio de comunicação para com a direção, os supervisores e penso que a minha enfermeira chefe não possui essa capacidade. (E13)

5.3 A percepção dos enfermeiros a respeito das competências dos seus enfermeiros líderes atuais

Tal como estudado na literatura, existem competências potencialmente mais relevantes para a eficácia dos líderes: competências técnicas, interpessoais e conceituais (cognitivas) (Cunha *et al.*, 2016). As competências referidas são usadas como indicadores na seguinte grelha de análise:

Tabela 6. Categoria "Competências dos enfermeiros chefes"

Categoria temática	Dimensão de análise	Indicadores	Ocorrências
Competências dos enfermeiros líderes	Percepção dos enfermeiros sobre as competências dos enfermeiros líderes	1. O líder possui competências técnicas	Percepções positivas: E7, E18 Percepções negativas: E3, E4, E9, E10, E11, E13, E16, E19
		2. O líder possui competências interpessoais	Percepções positivas: E1, E2, E7, E8, E13, E15, E16 Percepções negativas: E3, E4, E5, E9, E10, E12
		3. O líder possui competências conceituais (cognitivas)	Percepções positivas: E7, E15 Percepções negativas: E5, E6, E9, E13, E16

Na literatura vimos que as competências técnicas são pertinentes uma vez que é necessário o líder conhecer como os colaboradores trabalham, saber ajudá-los sempre que necessário, compreender, monitorar e avaliar o desempenho dos mesmos (Cunha *et al.*, 2016). Mumford *et al.* (2007) acrescentam que as competências técnicas envolvem a gestão de recursos materiais e humanos, a análise de operações, bem como a gestão de recursos financeiros da organização. No entanto, na percepção dos enfermeiros entrevistados, os enfermeiros chefes como são maioritariamente enfermeiros de gabinete, não conhecem a realidade do serviço nem dos seus

enfermeiros, pelo que ficam aquém do que é esperado de um líder. As seguintes citações demonstram a percepção negativa dos respondentes:

Apesar de ser enfermeira, pouco tempo estive nos cuidados, teve sempre na gestão e o tempo que estive nos cuidados, acho que nunca fez noites, e depois há sempre aqueles comentários de: “Ah quem fez noite podia ter feito isto, quem fez noite podia ter feito aquilo”, não percebe as dificuldades que se tem de quem faz uma noite, isto é um exemplo. (E4)

Como está mais nos gabinetes do que nos cuidados, ela [enfermeira chefe] não vê quem é que é realmente bom profissional. Se nós pedíssemos para a enfermeira chefe atribuir um adjetivo que nos caracterizasse a cada um de nós, acho que ela não ia acertar praticamente nenhum. Ela não conhece muito bem a própria equipa, ela acha que conhece. (E13)

Ela [enfermeira chefe] não tem bem noção do meu trabalho, nem de ninguém. Ela é claramente uma enfermeira de gabinete. Ela não consegue diferenciar um colega do outro nas avaliações porque ela não está lá, ela não sabe, não tem essa percepção. Também na prestação de cuidados em si, ela não tem essa noção. Se nós formos analisar os indicadores do nosso serviço, ela não sabe se investe mais em um ou outro, ela não consegue responder. (E16)

Em relação às competências interpessoais, dos treze entrevistados que mencionaram estas competências, sete demonstraram uma percepção positiva, isto é, concordam que os seus enfermeiros chefes possuem boas competências interpessoais. As referências seguintes dizem respeito às percepções positivas:

Eu, neste momento, tenho a felicidade de ter uma enfermeira chefe que quando se apercebe que eu ou alguém não está bem, não está bem um dia, dois ou três dias, chama ao gabinete e pergunta se está tudo bem, se não está, se preciso de ajuda, se estou bem para continuar a trabalhar. (E1)

[O enfermeiro chefe] coloca-se no nosso lado, compreensão, ele compreende-nos muito facilmente. Ele atende a muitos dos nossos pedidos também, se lhe disser que estou a passar por um problema familiar e que precisava de três ou quatro

dias em casa, ele é capaz de me dar esses dias e de pedir para me substituírem rapidamente. Ele é muito compreensivo nesse aspeto, sem dúvida. (E15)

Os restantes entrevistados percebem que o líder possui um fraco nível de competência interpessoal, como é visível nos seguintes excertos:

O líder tem de olhar para um enfermeiro e ser capaz de ver que está deprimido, ser capaz de dizer para meter um atestado, e ir para casa e quando estiver melhor voltar. Os enfermeiros chefes nem sequer olham para os nossos olhos. Eles sabem que o serviço tem de rolar, não vêm sequer se as pessoas estão doentes. Eles têm muitas preocupações com números, estão obcecados em fazer horários. (E9)

[À enfermeira chefe] falta-lhe capacidade emocional, não tem capacidade de sentir compaixão pelo outro, de conseguir compreender que nós todos somos pessoas, temos problemas, temos necessidades, temos alturas em que estamos melhores e alturas em que estamos piores e ela não tem capacidade de gerir esse tipo de sentimentos, nem de emoções, não tem capacidade de nos deixar a nós próprios com esse tipo de sentimentos e emoções, não só em termos pessoais mas mesmo em termos profissionais. É muito castradora no sentido que nós não podemos ter afinidade com uma família, com uma criança porque ela não vê isso com bons olhos. (E12)

Por último, relativamente às capacidades concetuais (cognitivas), Cunha *et al.* (2016) explicam que um líder que possui estas capacidades é capaz de decifrar constrangimentos, identificar relações complexas e desenvolver soluções para problemas complexos, é capaz de compreender como se inter-relacionam diversas partes de uma organização e toma decisões em ambientes ambíguos. Adicionalmente, Mumford *et al.* (2007) incluem nas competências cognitivas a capacidade de comunicação (importante para transmitir eficazmente o que precisa de ser realizado e alcançado) e a escuta ativa para compreender e questionar de modo a obter uma compreensão completa da situação. A percepção dos enfermeiros chefes é maioritariamente negativa:

Há sempre subterfúgio [por parte da enfermeira chefe], ela diz que a direção quer que se faça de uma certa maneira, mas na realidade a direção não diz nada, e perde-se ali no

meio, vai-se andando, é o dia-a-dia, vai ficando assim. E não há capacidade de parar e enfrentar o problema, perceber que aquilo é um problema para nós e juntos resolvermos o problema ou pelo menos tentar resolvê-lo. (E13)

Eu acho que tem a ver com a personalidade dela e um bocadinho com a postura de quanto menos se chatear melhor. Ela não trata de fazer nada inovador, para ela é as coisas rolarem no dia-a-dia sem grandes problemas, tudo pacífico. Às vezes até as coisas mais simples fica ali a embrulhar durante algum tempo sem tomar uma decisão. Coisas concretas resolve-se, mas quando há um conflito qualquer que é preciso resolver-se e é preciso criar-se procedimentos para que não volte a acontecer, andamos ali a embrulhar. (E16).

As perceções positivas são demonstradas nas seguintes passagens:

Um exemplo [de desenvolver soluções para problemas complexos] disso é o horário, que sai um mês antes do próximo mês, gestão de recursos humanos, é uma equipa muito grande e sendo uma equipa muito grande é muito difícil, mas o modelo de gestão que ele adotou, na minha opinião, parece-me um modelo muito bom. (E7)

Por exemplo, podemos dizer que a reunião de férias poderia ser uma coisa muito complicada, uma vez que são 96 pessoas, mas a verdade é que ele [enfermeiro-chefe] faz a reunião de férias em 30 minutos e toda a gente sai de lá sem discussão e sem grandes problemas. (E15)

O enfermeiro-chefe é um líder intermédio e, tal como Cunha *et al.* (2016) abordam, um líder intermédio é responsável por traduzir as políticas e os objetivos definidos superiormente em regras, procedimentos e rotinas que servirão de guias. Posto isto, é crucial que apresentem boas competências técnicas, interpessoais e concetuais.

5.4 Análise dos comportamentos do enfermeiro chefe segundo a perceção dos enfermeiros

Neste tema pretende-se analisar os comportamentos do enfermeiro chefe, segundo a perceção dos enfermeiros, usando como indicadores as abordagens comportamentais do tipo universal estudadas na revisão de literatura: abordagem de Likert e modelo da grelha de gestão de Blake e

Mouton. Posto isto, serão apresentadas duas grelhas de análise para este tema. A primeira é baseada na abordagem de Likert (1961) e dos quatro sistemas de liderança abordados:

Tabela 7. Categoria "Comportamentos dos enfermeiros chefes" – Abordagem de Likert

Categoria temática	Dimensão de análise	Indicadores	Ocorrências
Comportamentos dos enfermeiros chefes	Perceção dos enfermeiros sobre os comportamentos dos enfermeiros líderes	1. Líder autocrático explorador	Perceções negativas: E3, E5, E9, E14, E20
		2. Líder autocrático benevolente	Perceções positivas: E1, E2, E6, E8, E11, E13, E14, E15
		3. Líder consultivo	Perceções positivas: E8, E17 Perceções negativas: E10, E12, E18
		4. Líder democrático/participativo	Perceções positivas: E7, E19

Iniciando a presente análise de resultados com o primeiro sistema de liderança – líder autocrático explorador, que se trata do tipo de liderança onde o líder dá ordens e comunica-as, sem consultar os subordinados e estão presentes relações como medo e ameaças – é observado que existem perceções muito negativas por parte dos enfermeiros. Nas próximas referências podemos conhecer algumas dessas perceções:

A minha enfermeira chefe é muito autoritária, “eu quero, posso e mando”. Ela não quer saber de nós como pessoa com problemas pessoais, trabalho é trabalho, temos de cumprir o que temos a fazer e pronto, é capaz inclusive de causar conflitos de horário, por exemplo, só podemos pedir para não fazer noite uma vez por mês e temos direito ao dia de aniversário, é só isto que temos direito a pedir. (E5)

Tudo o que for contrário ao por si [enfermeira chefe] implementado está, à partida, mal. Se for dito por alguém com quem tem afinidade, ainda pode ser bem-vindo, caso contrário, é visto sempre como uma afronta e as pessoas sofrem represálias de uma forma

perseguidora: planos de trabalho pesadíssimos, não haver fins-de-semana, independentemente da situação familiar dos mesmos. (E14)

O E14 também dá a sua opinião sobre a existência do medo de represálias:

Eu acho que a instituição... medo, o medo de represálias, não funciona e é negativo, uma pessoa não pode estar no local de trabalho a achar que vai ser penalizada apenas porque tem uma opinião diferente.

O líder autocrático benevolente define como vão ser realizadas as tarefas, mas atua de forma amigável e não tão autoritária (Likert, 1961). Este sistema de liderança foi o mais abordado entre os entrevistados.

Uma delas [características menos positivas] é o facto de ela até pode nos ouvir, mas no final a decisão que ela tomou está tomada e não volta atrás, independentemente de ela poder achar que está certa ou errada. Grande parte das decisões não nos inclui. (E1)

O enfermeiro chefe fala connosco e dá uma perspetiva que sim que ouve, mas na verdade a decisão é dele e nós estamos fartos de lhe dizer que precisamos de mais enfermeiros para este volume de trabalho, precisamos de reforço, é incomportável, as pessoas saem exaustas, não há cuidado. E ele diz que sim, que compreende, contra-argumenta em alguma situação, mas depois, na verdade, é que não há mais enfermeiro. Ouve-nos, mas a decisão é sempre dele. (E2)

Quanto ao líder consultivo, este procura ativamente opiniões de todos os membros, tem noção de que não sabe tudo e a sua decisão pode levar em conta os pareceres ouvidos. As referências colhidas que se enquadram neste tipo de sistema de liderança são maioritariamente de denotação negativa, uma vez que os enfermeiros abordam a falta de imparcialidade dos líderes no sentido em que estes apenas consultam certos membros e não todos, o que, segundo a perceção dos enfermeiros, seria o ideal:

[A enfermeira chefe] procura algumas pessoas, não todos. Por um lado, apenas procura por causa das preferências, por outro lado acho que é para não dar muito trabalho. Se uma decisão tiver de ser tomada, por exemplo, rapidamente, ela fala com as pessoas que estiverem naquele momento. No meu entender, talvez se enviasse um email para todos, perguntasse opiniões e refletisse sobre elas, criava uma forma mais equitativa e justa de tomar decisões. Ela não tenta falar com a equipa toda, e lá está, é por isso que digo que

ela não tenta unir a equipa. Devia expor as situações a todos os elementos da equipa, [mas] como acaba a pedir sempre aos mesmos elementos, faz com que os outros nunca se sintam parte integrante da equipa. (E18)

Em situações que colocam em causa a sua liderança, refugia-se em determinadas pessoas a sua confiança para tomar essas decisões, não divulgando todas as decisões, sendo que apenas alguns elementos são conhecedores. Se toda a equipa tiver conhecimento antes, provavelmente a decisão seria diferente. Quando as decisões que é inevitável a equipa não saber, informa, mas antes já alguns elementos sabem dessa decisão. (E10)

O E8, por outro lado, transmite um testemunho de um líder consultivo que tenta incluir todos os membros:

O enfermeiro chefe é um bom líder que tenta possuir informação de todos, não chega aqui e dita as regras. Quando são questões mandatárias que se tem de cumprir, tem de se cumprir, mas tudo aquilo que se relacione com a parte dele e que ele consiga e lhe permita ter abertura, tem sempre essa abertura. É um indivíduo que escuta, é um indivíduo que tenta abranger a tua resposta para passar para o plano prático.

Segundo Likert (1961), o melhor sistema de liderança é o democrático/participativo, porque este líder esforça-se para conseguir a ajuda de todos na tomada de decisão e usa procedimentos que permitem que os membros tenham influência em decisões que também os afetam. No entanto, no presente estudo tratou-se do estilo de liderança menos mencionado, havendo apenas dois discursos que se enquadrem neste estilo:

O que mais me agrada neste tipo de liderança é a parte de termos uma liderança democrática, as pessoas vão dando opinião, não é incisivo, pontualmente tem de ser, faz parte do líder, mas não é incisivo, tanto que ele pede disponibilidade e as pessoas voluntariamente vão. Nós eramos 13 ou 14 e neste momento somos 19. Portanto, nestes 9 anos foi um aumento muito significativo. Por isso ele ouve a nossa opinião, por vezes concorda, outras não, mas isso faz parte, mas é muito recetivo a ouvir. (E7)

Há as duas coisas, há situações em que tem de tomar a decisão na hora e então não nos pede a opinião e outras situações em que questiona ou ouve-nos e depois toma a decisão. Ela nisso tenta envolver ao máximo, agora também há decisões que ela toma e depois nos comunica, mas ela normalmente justifica o porquê da decisão. Também pode, por

vezes, perguntar a dois ou três elementos, porque o timing da decisão era mais curto e então ela não conseguia ter a decisão de toda a gente, ela também usa muito o e-mail como forma de comunicação, agora muitos de nós é que não dão o feedback que ela queria, acabam por ver e nem dar resposta, mas ela tenta usar as ferramentas que tem.
(E19).

A segunda grelha de análise deste tema vai de encontro aos estudos desenvolvidos na Ohio State University e na University of Michigan e o modelo de Blake e Mouton:

Tabela 8. Categoria "Comportamentos dos enfermeiros chefes" – Abordagem de Blake e Mouton

Categoria temática	Dimensão de análise	Indicadores	Ocorrências
Comportamentos dos enfermeiros chefes	Perceção dos enfermeiros sobre os comportamentos dos enfermeiros líderes	1. O líder possui orientação para as tarefas	Perceções positivas: E3, E4, E6, E12, E14 Perceções negativas: E1, E11, E16, E17, E20
		2. O líder possui orientação para as pessoas/relacionamento	Perceções positivas: E1, E2, E7, E11, E13, E15, E18, E19 Perceções negativas: E4, E5, E6, E12, E14, E16

Armandi *et al.* (2003) explicam que o líder com orientação para as tarefas é focado na realização das tarefas necessárias que permitam alcançar o objetivo, enquanto que o líder orientado para as pessoas demonstra consideração e preocupação pelo bem-estar dos subordinados.

Relativamente ao primeiro indicador – o líder possui orientação para as tarefas – as perceções dos enfermeiros são distintas. Para alguns entrevistados, o foco do enfermeiro-chefe nas atividades do serviço fica aquém do esperado:

Sinceramente, atualmente é assim aquela falta de interesse no serviço, falta de interesse em resolver os problemas do dia-a-dia. Andamos sempre confrontados com dilemas/problemas, conflitos entre profissionais. É um certo desinteresse em querer resolvê-las. Esta é a principal característica. É um deixa andar. (E16)

A exigência acho que se deve manter sempre no nível alto, não médio, mas sim alto, depois depende também da capacidade da equipa e a construção que se faz, mantendo sempre a capacidade do diálogo, a abertura, a equidade. Neste momento, a enfermeira chefe não supervisiona muito bem os cuidados, ela deixa ao critério da equipa, concentra-se mais em ser líder de equipa e não tanto na supervisão dos cuidados, o que faz com que não haja tanto rigor. (E17)

Acho que um bom líder deixa claro às pessoas que itens se deve seguir para tomar uma decisão, porque nós estamos a tomar uma decisão em nome dela. No entanto, estamos a usar a nossa opinião pessoal e eu acho que devem haver algumas coisas que devem ser seguidas, não deve ser só deixada à nossa individualidade, até porque depois alguns de nós são mais experientes e outros são menos experientes, uns vão ter em conta as suas experiências anteriores e outros não e acho que nos leva à ambiguidade e uma equipa não pode viver de ambiguidade, tem de viver de uma certa justiça, seja ela qual for e acho que nisso ela também não é clara. (E20)

Também são apresentadas perspetivas que evidenciam um enfermeiro chefe maioritariamente orientado para as tarefas, descurando a orientação para as relações:

A minha chefe é uma gestora, uma boa gestora de números, de necessidades, mas não de pessoas, é essa a minha visão dela. (E12)

Embora tivesse um discurso de que a principal preocupação fosse a gestão e o funcionamento do serviço e dos recursos materiais, na parte dos recursos humanos, foi muito medíocre. (E14)

No que concerne à orientação para o relacionamento foram dados vários testemunhos. Os seguintes excertos dizem respeito a perceções positivas da orientação do líder para o relacionamento:

Outro exemplo [de características positivas], relativamente a um problema pessoal, falei com ele e expliquei que tinha de fazer menos noites, e ele foi muito recetivo, disse que não havia problema nenhum, teve o cuidado no horário de me fazer menos noites e isso acaba por nos motivar e ajudar nestas pequenas coisas, a nível profissional e pessoal. (E2)

A capacidade de ser humana, apesar de ser enfermeira chefe, ou seja, eu acredito numa máxima que é 'se queres realmente conhecer alguém, dá-lhe poder', e é verdade, deram-lhe poder e ela não deixou de ser pessoa, enfermeira, e ser capaz de prestar apoio emocional aos nossos utentes e familiares. (E13)

Há uma característica que também é muito importante, que é ser sensível às particularidades de cada enfermeiro. Nesse aspeto, acho que sim, que a minha enfermeira chefe tem essa sensibilidade. Consegue perceber que temos filhos, tenta ir ao encontro das nossas necessidades. (E18)

Por outro lado, os seguintes excertos retratam perceções negativas:

Começava com coisas básicas, como não cumprimentar os elementos em pleno corredor, em frente aos utentes, humilhar, não ter capacidade de ouvir opiniões distintas e não compreender críticas construtivas (...) Não me perguntou como me sentia perante aquela situação difícil, porque nós somos pessoas e estamos a cuidar de pessoas, não somos máquinas. Nunca me perguntou se precisava de ajuda, se tinha almoçado, e isto não é uma postura de líder que compreenda o trabalho do enfermeiro que ele lidera todos os dias. (E14)

A empatia é muito mais além da simpatia e não, se se vai falar de um problema que tem, ok sim senhor, mas queixa-se de um problema dele, não saímos de lá sem ouvir o problema dele, ou seja, "eu tenho maior do que o teu". Portanto, não considero que seja um bom líder, neste momento não. (E16)

Para Blake e Mouton (1981), o estilo 9.9 Integrador é considerado o mais eficaz. Neste caso, o 9.9 significa um líder altamente orientado para as tarefas e relacionamentos. Um líder integrador preocupa-se em realizar as tarefas necessárias para alcançar o objetivo através de comportamentos que têm como resultado o trabalho de equipa caracterizado pela abertura, respeito, envolvimento e resolução de conflitos. Este tipo de líder procura que haja um compromisso mútuo, com resultados positivos e aprendizagem baseada nas críticas construtivas e *feedback*.

Pelas respostas obtidas por parte dos enfermeiros, nenhum enfermeiro chefe se enquadra no estilo de liderança considerado ideal por Blake e Mouton (1981). A maior parte dos tipos de líder identificados no discurso dos enfermeiros correspondem ao estilo 9.1 Autocrático (alta orientação para as tarefas, mas pouca preocupação com o bem-estar dos subordinados) e 1.9 Simpático (pouca orientação para as tarefas, mas com elevada preocupação pelo bem-estar dos colaboradores).

5.5 O líder na orientação dos colaboradores para o alcance dos objetivos

A teoria do caminho-objetivo desenvolvida por Robert House (1971), é considerado o modelo mais sofisticado das abordagens contingenciais (Alanazi *et al.*, 2013; Cunha *et al.*, 2016).

Neste modelo são sugeridos quatro tipos de liderança diferentes – liderança diretiva, liderança apoiante, liderança participativa e liderança orientada para o êxito – que serão usados como alicerce da próxima grelha de análise.

Tabela 9. Categoria "O enfermeiro chefe e o caminho para os objetivos"

Categoria temática	Dimensão de análise	Indicadores	Ocorrências
O enfermeiro chefe e o caminho para os objetivos	Perceção dos enfermeiros sobre os comportamentos do líder no caminho para os objetivos	1. Líder diretivo	Perceções positivas: E15, E19 Perceções negativas: E5, E6, E9, E13, E16, E17, E20
		2. Líder apoiante	Perceções positivas: E1, E2, E7, E8, E16 Perceções negativas: E3, E4, E5, E6, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E17, E20
		3. Líder participativo	Perceções positivas: E17 Perceções negativas: E1, E3, E5, E8, E9, E10, E13, E18, E20
		4. Líder orientado para o êxito	Perceções positivas: E2, E7, E8, E15 Perceções negativas: E3, E9, E14, E16, E17, E18

O líder diretivo dá orientação aos subordinados de como devem atuar e fazer as tarefas, coordena o trabalho, impele-os a seguirem regras e procedimentos e institui padrões de desempenho (Cunha *et al.*, 2016). Na perspectiva dos enfermeiros que mencionaram esta categoria, os líderes não exercem comportamentos de liderança diretiva e oferecem exemplos:

Ela faz uma reunião anual de serviço onde ela debita objetivos, debita ações, debita o que fazer e não ouve. A partir do momento que alguém diz que não concorda, ela corta o assunto e muda de assunto, é assim e ponto. E aí está a desmotivar a equipa, mesmo que aquela pessoa não tenha razão ela devia de ouvir e tentar esclarecer as coisas, o porquê de fazermos assim, porque não dá para fazer de outra maneira. (E5)

A única coisa para o qual nós trabalhamos é para atingir os objetivos, mas não somos incentivados porque é-nos tudo imposto, e por norma, não pode ser só dar ou só pedir. Eu acho que se incentivasse mais a equipa, nas sextas-feiras se houvessem formações com temas importantes e partilhas de experiência que é importante para a equipa, e sermos claros, porque nós muitas vezes não sabemos quais os objetivos a atingir. Eu, nesta altura do ano, ainda não sei quais são os objetivos, ela ainda não nos comunicou. (E6)

E é necessário complementar, ou seja, não mostrar que está sempre a supervisionar, mas fazê-lo e mostrar à equipa o caminho a seguir: 'quero que façam assim', 'reparei que estão a fazer um grau abaixo, vamos subir'. Mas com calma e construção, construir com a equipa o caminho e supervisioná-lo, não permitir que desça o grau de exigência. (E17)

Segundo o E15, o enfermeiro chefe possui comportamentos de liderança diretiva e conduz por caminhos que permitam alcançar, em simultâneo, os objetivos da organização e dos subordinados:

Acho que consegue motivar para trabalharmos todos para atingir os objetivos. Não digo que sempre é da forma que nos consegue cativar e que nós achamos que é da melhor forma, mas ele próprio também tem os seus objetivos e na forma de tentar conciliar atingir os seus objetivos e nós atingirmos objetivos, acho que é um bom líder. (E15)

Um líder com comportamentos de liderança apoiante preocupa-se com o bem-estar dos subordinados e procura comportar-se de forma amistosa, com justiça e contribui para um

ambiente social amigável (Cunha *et al.*, 2016). Tal como na primeira categoria deste tema, os enfermeiros transmitem maioritariamente visões negativas:

Num curto espaço de tempo, houveram muitos colegas, essenciais ao serviço, que saíram, muitos mesmo, para outros serviços. Eles saíram devido à liderança do serviço e tiveram outro tipo de oportunidades, todos eles adoravam o que faziam e todos adoramos o que fazemos. O problema não é o trabalho, a carga horária, não é nada disso o problema é mesmo o mau estar que existe por parte da liderança connosco. (E12)

Na última reunião de serviço, a única em anos, ela [enfermeira chefe] começou a descrever alguns comportamentos que uns colegas faziam perante ela e isso mina um bocadinho a equipa. Ela conta à equipa que determinados elementos se foram queixar a ela sobre comportamentos de outros colegas da equipa. E isso faz com que fiquemos a olhar uns para os outros a tentar perceber quem é que se vai queixar e claro que cria desconfiança. Ela como líder deve saber o que se deve dizer a uma equipa e ela não soube o que fazer com aquela informação que recebeu. Numa reunião de serviço, nós temos de tentar demonstrar que estamos todos coesos, isto porque este comportamento pode estimular as pessoas a tentarem serem mais coesas por acharem que já são coesas. Ou seja, não perdem tempo a pensar em coisas negativas, mas sim no bem da equipa. Ao partilhar aquilo, acaba por minar a equipa, não houveram ganhos nenhuns e não fomentou a confiança. (E13)

Acontece é porque o chefe permite, não é tanto o colega que tem culpa [da falta de justiça], e isto é uma coisa que desmotiva a equipa, a falta de equidade, as desigualdades a nível de horário, de posição no serviço, a forma como faz os planos de trabalho. (E17)

Relativamente aos comportamentos de liderança participativa, os enfermeiros consideram que deviam participar nas decisões tomadas ao nível do serviço. No entanto, a realidade demonstra-se diferente, como refere o seguinte enfermeiro: “Nós tentamos incentivá-la a fazer mais reuniões de serviço, para podermos fazer parte das decisões, mas ela não é muito proativa nesse sentido.” (E13)

O E9 vai mais longe, manifestando o seu descontentamento na exclusão dos enfermeiros na tomada de decisões que influenciam o serviço e os próprios:

Não [não consultam os enfermeiros no processo de tomada de decisão], é um ditador. Mesmo numa reunião de grupo, mesmo numa reunião de serviço que a acreditação da qualidade obriga a que haja uma reunião de serviço de 3 em 3 meses, que não há, numa reunião de serviço ele quando vai para a reunião já leva tudo decidido. Não há hipótese de mudar nada, está tudo decidido. São ditadores, assim não tem trabalho, eles já pensaram em tudo, já sabem o que vão fazer, está tudo feito.

Os participantes E2, E7, E8 e E15 proferiram perceções positivas relativamente ao comportamento do enfermeiro chefe enquanto líder orientado para o êxito. Os seguintes excertos incluem algumas dessas perceções:

E se eu quiser uma reunião não tenho de marcar, eu chego ao gabinete dele e ele recebe-me, e falamos do que é necessário e ele aí sim, vai nos dando cada vez mais responsabilidades, pergunta quis são os nossos objetivos e ajuda-te nesses objetivos. Por exemplo, há algum tempo falamos da minha capacidade de tutoria de alunos e perguntou se era uma coisa que eu gostava e, por acaso, é, eu gosto da área de formação. Pronto, e até agora ele tem tentado sempre atribuir-me alunos para eu orientar. Ele vai tentando fazer este tipo de coisas, o que é bom. (E2)

Todos os anos chama-nos para discutir os objetivos, se foram atingidos ou não, e acaba por nos motivar sempre para tentar melhorar e informar-nos quais são os pontos que ele espera de nós e faz isso como um reforço positivo. Ele diz: “tu podes melhorar nisto, já estás num bom patamar, mas ainda podes melhorar mais. Quero que te desenvolves mais noutra determinada área.” (E15)

Em contrapartida, as seguintes referências demonstram perceções negativas por parte dos enfermeiros:

Quando entrei para aquele serviço, senti que era o meu local de trabalho para o resto da minha vida profissional. É o que mais gosto de fazer. Cada ano que passava, em que cada novo elemento que se juntava a equipa, eu via um novo potencial para ser diferente. Quantas mais formas de pensar e atuar, é caminho para as coisas mudarem. Mas o que vê é que não há assertividade naquilo que é dito e naquilo que é feito, não há veracidade entre aquilo que dizes que são os teus valores e aquilo que fazes. E, depois, tens uma

liderança que não é positiva, criando um ambiente negativo, fechado, reduzido, incapaz de ver além. (E14)

Se ela [enfermeira chefe] tivesse mais pulso para fazer as coisas acontecerem, as coisas andarem, se ela se quisesse empenhar mais um bocadinho no serviço para que as coisas funcionassem melhor... isso sinto muita falta. E acho que é geral da equipa toda, sentimos falta de alguém que sinta mais interesse em nós, interesse no serviço, porque acabava por trazer também um ambiente no trabalho mais agradável para nós. Sentimos falta de alguém com este pulso. Eu acho que ela já não quer investir, não sei o que a move, o que a motiva, por descrença no sistema. (E16)

5.6 Os líderes transformacionais e transacionais

O líder transformacional promove a consciência dos subordinados e apela a valores como a justiça, liberdade e paz, e não fomenta emoções como o medo, cobiça ou inveja. O subordinado de um líder transformacional é consciente da importância dos objetivos da organização e é capaz de transcender os seus próprios interesses em prol da organização (Cunha *et al.*, 2016). Por outro lado, a liderança transacional baseia-se na atribuição de recompensas aos subordinados (sejam de carácter económico ou emocional) em troca da execução de tarefas e desempenho (Antonakis, 2012).

Os indicadores da próxima grelha de análise resultam do estudo teórico realizado sobre estes dois tipos de liderança e das respostas fornecidas às entrevistas realizadas.

Tabela 10. Categoria "Estilos de liderança transformacional e transacional"

Categoria temática	Dimensão de análise	Indicadores	Ocorrências
Estilo de liderança transformacional e transacional	Perceção dos enfermeiros sobre os comportamentos de liderança transformacional	1. O líder é carismático, adota comportamentos de elevação moral e suscita confiança	Perceções positivas: E1 Perceções negativas: E3, E5, E11, E12, E13, E14, E17, E18

	2. O líder é inspiracional	Percepções negativas: E3, E6, E13, E18, E19
	3. O líder estimula intelectualmente	Percepções negativas: E1, E4, E5, E9, E10, E12, E13, E14, E15, E16, E18, E20
	4. O líder possui consideração individualizada	Percepções positivas: E2, E7, E8, E15, E19 Percepções negativas: E3, E9, E10, E14, E20
Percepção dos enfermeiros sobre os comportamentos de liderança transacional	5. O líder usa recompensas contingentes	Percepções positivas: E5, E7, E15 Percepções negativas: E3, E8, E9, E12, E14
	6. O líder adota um estilo <i>Laissez-Faire</i>	Percepções positivas: E11, E16, E18

Analisando o primeiro indicador, oito dos participantes indicaram percepções negativas, no sentido em que consideram que os enfermeiros chefes não adotam comportamentos de respeito e de elevação moral e não suscitam confiança. Apenas um participante demonstrou uma percepção positiva. Os seguintes excertos demonstram, respetivamente, uma percepção negativa e uma percepção positiva, esta última destacando comportamentos de respeito e elevação moral:

Quando trabalhamos num local onde somos continuamente desrespeitados [pelo enfermeiro chefe], onde atingem os nossos valores, onde nos forçam a ter determinadas atitudes que acabam por chocar com os teus valores básicos, acaba por causar muito sofrimento, sendo esse um dos motivos que me fez sair. Não conseguia estar num local onde todos os dias via os meus valores serem assaltados. E sim, saí do serviço muito por causa do tipo de liderança que existia e porque dava empoderamento a pessoas no serviço

com os mesmas ideias que ela em que, basicamente, não interessa como alcançar determinada profissão sem olhar a meios. (E14)

Depois, outra característica realmente tem a ver com o ambiente de trabalho, ela faz com que haja um ambiente de trabalho descontraído, bom. Uma coisa que eu acho espetacular é que não favorece as intrigas entre as pessoas, se tu lhe vais falar mal de alguém, de alguma coisa de alguém, ela nem quer saber nomes: “pronto e essa situação, como é que tu a resolveste?”, “fizeste muito bem, está muito bem resolvido”. Ela não mete veneno, pelo contrário, às vezes nem quer saber quem é a pessoa, quer saber se a situação está resolvida. Se ela pode ajudar para resolver, estar resolvido é o que importa. A partir do momento que nós sentimos que está resolvida, ela não se mete. E eu acho que isso é um aspeto positivo. (E1)

Segundo Cunha *et al.* (2019), o líder inspiracional comunica uma visão apelativa e fomenta o esforço dos subordinados, adotando comportamentos modelo. Segundo as seguintes referências, notamos que os enfermeiros não percebem que o líder fomenta o esforço dos subordinados e/ou adota comportamentos modelo:

As chamadas de atenção muito explosivas e menos refletidas do que deveriam ser... Ela não está a falar com crianças, tem de ter mais consciência; e ela leva-se muito nas emoções e vem e fala e é muito explosiva e é essa a parte menos boa. (E19)

[Dá um exemplo] Eu não assisti à passagem de turno, mas ela fez uma afirmação de um determinado doente, um colega refutou com a comparação de outro doente que nas mesmas circunstâncias nada foi questionado e ela disse: “bom fim de semana, até segunda-feira”, e saiu da situação com essa resposta. Isso não é uma resposta que motive o trabalhador, porque ela vem só na segunda-feira, mas as outras pessoas todas vão estar lá o fim de semana. Isso não é uma atitude de um líder que respeite o trabalho e sacrifício dos colaboradores dela. E isso cria revolta e a estabilidade de trabalho fica logo prejudicada. (E3)

Antonakis (2012) explica que os subordinados de um líder que usa a componente de estimulação intelectual sentem-se incluídos na resolução de problemas e estão motivados e comprometidos

em atingir os objetivos pretendidos. Todavia, os enfermeiros do presente estudo consideraram que deviam ser realizadas reuniões de serviço com maior periodicidade, de modo a existir uma maior partilha de dúvidas e de ideias para complementar o serviço:

[O entrevistado considera que deviam existir] Reuniões de trabalho mais frequentes, onde fossem discutidos os objetivos da instituição e da própria chefia e o que pretende para o serviço, [e] pedir participação das pessoas, o que estariam interessadas em colaborar e de que forma, trabalhar com elas, aceitar opiniões, organização de trabalho, estipular objetivos comuns. (E10)

Na minha opinião, deviam de haver muitas mais reuniões, para decisão de férias por exemplo, e, para além disso, as reuniões de serviços podiam servir como uma plataforma para nós evoluirmos o nível da especialidade, partilhando experiências, dúvidas, opiniões de melhoria e temas para artigos. (E13)

Um líder que usa consideração individualizada procura desenvolver as capacidades dos subordinados, delegando responsabilidades e encorajando-os (Cunha *et al.*, 2016). O E9 dá um exemplo positivo de um líder que usa consideração individualizada, no entanto sublinha que na enfermagem esta componente não é comum:

Eu conheci um diretor de um serviço que eu andava, médico, era uma pessoa já com muita idade e, portanto, abaixo dele muitos jovens com competências fora de série. Então o que é que ele fazia? [Ele] confiava neles e aproveitava as competências de cada um e lançava-os. Punha-os a fazer estágios lá fora, tudo. Criou um serviço espetacular, era um serviço modelo, usando as mais-valias dos seus profissionais. Eu acho que isto, na enfermagem, é muito notório porque é exatamente o contrário. (E9)

O E20 considera que o enfermeiro chefe deveria dar mais valor à equipa:

Ela [enfermeira chefe] é que não sabe dar valor à equipa que tem. Acho que, apesar de tudo, tem uma ótima equipa, ela não tem uma equipa ainda melhor porque não a trabalha,

não fomenta. Se a equipa faz um trabalho de investigação, se decide fazer mais formação, são tudo coisas que têm de partir de nós, ela não nos ajuda minimamente a evoluir.

Transpondo para as componentes da liderança transacional, através das seguintes menções analisamos que os enfermeiros valorizam significativamente as recompensas emocionais (tais como palavras de apoio e reconhecimento):

[Os enfermeiros] trabalham com gosto, mas trabalham para fazer bem e tudo bem que o fazer bem é o nosso dever, mas de algum modo o reconhecimento é o motor de tudo, e se nos disseram que estamos de parabéns, que fizemos bem, o alento é totalmente diferente, faz com que a pessoa, no dia seguinte, ainda queira fazer melhor. E isto é um combustível para o nosso desempenho. Agora, vamos trabalhar, quer façamos bem quer façamos mal, é igual e noto que muito dos outros elementos da equipa estão lá porque é para fazer, e é trabalho, mas sem motivação, andam ali porque sim, para picar o ponto.
(E3)

Depois, para além disso, penso que é muito importante o reconhecimento, seja por palavras, todos trabalhamos por dinheiro, se ao final de um ano melhorar tudo bem. Mas se não, pelo menos por palavras, uma palavra diária, uma palavra semanal, isto não é muito feito. E entendo que haja uma pressão brutal, às vezes as pessoas têm essa perceção do que eu estou a dizer, mas quando se está lá eu entendo que seja diferente, eu percebo isso, mas no ideal seria assim, a minha perceção seria essa: proximidade, ouvir, tentar melhorar e incentivar. (E8)

O E9 oferece uma perspetiva diferente sobre como os líderes podem recompensar e motivar os enfermeiros. O participante afirma que uma boa forma de motivar os colaboradores é através do conhecimento, recompensando-os através de estágios:

É muito difícil motivares as pessoas porque também não ganham assim tanto e uma forma de motivar é se se arranjar financiamento, [o] que não é muito difícil, há várias empresas que financiam e há várias instituições que financiam. Levá-los a fazerem estágios [aos enfermeiros] para mim é fundamental, tirar as pessoas, duas ou três por ano e fazer um

estágio de observação num centro modelo em Barcelona e depois vai outro e faz num centro modelo em Londres, e apresenta ao grupo o que viu e o que estava melhor. Vamos o que podemos melhorar e aquilo que estamos a fazer muito melhor. Em todos os sítios há coisas muito melhores e muito piores. Isto vai criar [melhor ambiente] entre todos, porque todos sabem que vai chegar a sua vez e que vai haver coisas diferentes. Eu acho que é o melhor motor de motivação. (E9)

As recompensas contingentes consistem numa construtiva transação e são consideravelmente eficazes na motivação dos subordinados (Antonakis, 2012). Os excertos supramencionados destacam as perceções dos enfermeiros sobre a forma como os enfermeiros líderes podem usar esta componente.

Os líderes com o tipo de liderança *Laissez-Faire* evitam tomar posições ou decisões e não usam a sua autoridade (Antonakis, 2012). Poucos enfermeiros deram testemunhos que se enquadrassem neste tipo de liderança, no entanto, emergiu a opinião de que há enfermeiros chefes que evitam tomar posições ou usar a autoridade que possuem:

Eles [Administração] reúnem e tomam decisões e ela [enfermeira chefe] chega e diz: “a partir de agora vamos fazer isto”; e nós dizemos: “temos imenso trabalho, é impossível termos mais carga de trabalho, estamos limitados”. Ela não transmite a carga de trabalho que nós temos a quem está superior a ela. O que eu acho é que os problemas que estão no serviço não chegam lá acima, porque ela evita o conflito. É uma carga de trabalho muito grande. No país inteiro nós já estamos limitados em termos de rácio, quanto mais trabalho cada vez pior. (E11)

5.7 Entendimentos dos enfermeiros para um melhor ambiente de trabalho e eficácia organizacional

No decorrer do guião da entrevista foram realizadas questões que permitiram ao entrevistado manifestar o seu parecer sobre práticas e atitudes que melhoram o ambiente e a eficácia de trabalho, e que, na sua ótica, deviam ser adotadas por um líder numa organização de saúde. A seguinte grelha de análise é constituída pelos aspetos mais abordados nas entrevistas:

Tabela 11. Categoria "Ambiente de trabalho e eficácia organizacional"

Categoria temática	Dimensão de análise	Indicadores	Ocorrências
Ambiente de trabalho e eficácia organizacional	Contributos dos enfermeiros para melhoria do ambiente de trabalho e eficácia organizacional	1. Disponibilidade	E3, E6, E7, E8, E9, E11, E13, E15, E19
		2. Reuniões mais frequentes	E10, E11, E12, E13, E20
		3. Equidade	E3, E7, E17, E18
		4. Delegação de funções	E15, E16 e E18

Segundo a perceção dos enfermeiros entrevistados, a maior lacuna nos enfermeiros chefes é a disponibilidade: disponibilidade para o serviço e para ouvir os seus enfermeiros. Deste modo, quando questionados sobre que atitudes e práticas procurariam desenvolver se fossem enfermeiros chefes, a disponibilidade foi o tema mais comum entre as respostas. As seguintes referências são ilustrativas:

Eu acho que por muito trabalho burocrático que tivesse, teria de ter disponibilidade para os meus subordinados, até porque se eu não tiver alguém a quem expor os meus problemas, ou irei ficar sempre com eles ou não os exponho da melhor forma. Se eu tiver um problema hoje e quiser falar com a enfermeira e ela não estiver disponível, amanhã se calhar já não tem a importância que tinha hoje e depois vai passando. Mas acho que capacidade de liderança, no sentido de dar o exemplo em situações, se for preciso ajudar em alguma coisa, se for a única pessoa disponível porque não ajudar? Acho que era nesse sentido, mostrar disponibilidade para a equipa, tentar motivar a equipa. (E6)

Depois conhecer bem a equipa que se tem e para isso tenho que trabalhar com ela e não estar no gabinete, saber fazer o que elas fazem, não na mesma qualidade que isso é inviável, mas tenho que saber o que eles fazem, para saber quanto tempo é preciso [para] conhecer humanamente cada utente. Tenho de conhecer muito bem o terreno para depois conseguir concretizar uma série de coisas que podem ser melhores sob o ponto de vista de ambiente físico e o ponto de vista sob a avaliação dos cuidados de enfermagem. (E9)

Acho que a única coisa que faria diferente era passar mais tempo no serviço e estar mais presente. Sem dúvida, acho que sim. Ao estar mais presente é possível conhecer melhor as necessidades do serviço e das pessoas. (E15)

Outro aspeto frequentemente mencionado foi a periodicidade das reuniões. Os enfermeiros acreditam ser importante a realização de reuniões mais frequentes, de modo a serem discutidos assuntos que promovam a evolução do serviço e a comunicação entre enfermeiro chefe e subordinados. Os excertos seguintes debruçam-se sobre a periodicidade das reuniões:

Reuniões de trabalho mais frequentes, onde fossem discutidos os objetivos da instituição e da própria chefia, e o que pretende para o serviço. Pedir participação das pessoas, o que estariam interessadas em colaborar e de que forma, trabalhar com elas, aceitar opiniões, organização de trabalho, estipular objetivos comuns. Por exemplo, usaria um quadro onde esboçaria onde estamos, o que pretendemos ser, para que todos saibam esses objetivos e ter a perceção de cada elemento. (E10)

Em terceiro lugar, acho que fomentaria muito mais as reuniões, não de serviço, mas reuniões para as pessoas poderem expor os seus problemas, expor as suas dificuldades, perceber o que se poderia fazer melhor entre cada um porque cada um de nós tem uma capacidade se calhar melhor do que o outro e então nós podíamos complementar. (E12)

Por fim, a equidade e a delegação de funções são aspetos que os enfermeiros também desejariam ver melhorados no serviço. As referências do E3 e do E18 abordam a implementação de equidade,

enquanto o E15 e o E16 justificam a delegação de funções:

Mas o que ia tentar era ser justa, ser imparcial com todos os elementos da equipa, não demonstrar as minhas amizades pessoais no foro da equipa. (E3)

Depois há uma série de situações que eu enquanto pessoa, e muito mais enquanto chefe, tentaria colocar numa equipa que estivesse sob a minha liderança, que acho que tem a ver com nós tentarmos respeitar todos, como pessoas individuais que somos, e dar as mesmas oportunidades a todos. (E18)

E, se calhar, atribuir ainda mais funções, individualizar mais as funções, atribuir mais papéis, responsabilidades, em vez de essas responsabilidades estarem concentradas em muitas pessoas. O enfermeiro responsável tem muitas funções, se calhar distribuir um bocadinho mais essas funções pelas pessoas que também acabam por dar responsabilidade e motivá-las, e reconhecer. (E15)

Reuniria toda a minha equipa e pediria que me explicassem o que no entendimento deles estaria menos bem no serviço, em todos os aspetos, desde o fornecimento de medicamentos à relação com os doentes ou familiares, pediria uma lista com o que estaria a funcionar menos bem. Eu analisaria e criava uma lista com as prioridades, definiria quatro ou cinco e as possíveis soluções e ia estudar as que faziam mais sentido ou não e ia implementá-las e ia fazer nomeação, ou seja, dar responsabilidades a cada elemento. Atribuir responsabilidades é uma forma de incentivo para determinadas coisas. Por exemplo, ficaria responsável por determinada sala para mantê-la em ordem, outro [enfermeiro] por ver as validades ou manutenção de determinado equipamento, mas iria pedir e iria andar em cima se ia ser feito ou não. (E16)

Após a análise e discussão dos dados recolhidos chega-se à parte final da presente investigação, onde são apresentadas as principais conclusões obtidas.

Na revisão de literatura foram descritos os principais traços característicos de líderes eficazes, de acordo com Yukl (1989, 1998). Através da análise das perceções dos enfermeiros que participaram no estudo a respeito dos traços de personalidade detetados nos seus líderes, é sugerida a carência de traços como autoconfiança, maturidade emocional e motivação para o êxito e poder social. Para Yukl (1998), um líder autoconfiante e com maturidade emocional é mais propenso a conseguir influenciar os subordinados, arrisca para alcançar mudanças desejáveis, tem tendência a preocupar-se com as outras pessoas, tem maior autocontrolo, as emoções mais estáveis e é mais recetivo às críticas. O autor acrescenta que a maioria dos estudos empíricos sobre estas características demonstram que um líder autoconfiante e com maturidade emocional está associado à eficácia e melhoria da qualidade da organização. Relativamente às competências mais relevantes para a eficácia dos líderes, conclui-se que, na percepção dos enfermeiros participantes, os seus líderes não conhecem profundamente o serviço e a equipa, devido a estarem ausentes e a tratar de “trabalho burocrático” no gabinete. Quanto às competências interpessoais, os enfermeiros apreciam que os seus enfermeiros chefes procurem compreender e atender às suas necessidades, uma vez que estes são pessoas, têm problemas e nem sempre se encontram no seu melhor. A enfermagem é uma profissão centrada nas relações e cuidado de seres humanos em situações de saúde e, tal como Bondas (2006) explica, ao lidar com amabilidade e respeito pelos seus colaboradores, o líder aumenta a probabilidade de os mesmos manifestarem idêntico tipo de comportamentos em relação aos utentes. De acordo com Mumford *et al.* (2000), os traços característicos dos líderes eficazes não existem apenas em um número pequeno de indivíduos dotados, antes defendendo que a capacidade de liderança existe potencialmente em todas as pessoas, sendo um potencial que poderá crescer através da experiência e da capacidade e vontade para aprender. Posto isto, é possível concluir que é importante que os enfermeiros chefes possuam ou procurem desenvolver competências de liderança e revelem maior disponibilidade para o serviço e para os enfermeiros.

Os enfermeiros participantes apreciam um líder que ouve os enfermeiros, que os inclui na tomada de decisões e que não é autoritário. De acordo com Likert (1961), este estilo de liderar é designado por liderança democrática/participativa e, tal como os enfermeiros participantes sugerem, também o autor menciona este tipo de líder como sendo o mais eficaz. No entanto, o estilo de liderança mais predominante nos atuais enfermeiros chefes dos participantes no estudo, segundo as percepções destes enfermeiros, é o líder autocrático benevolente, ou seja, o enfermeiro chefe ouve as opiniões dos enfermeiros e é amigável, no entanto, na maior parte das vezes a sua decisão já está tomada. Relativamente à orientação para as tarefas e/ou relacionamentos, segundo a percepção dos enfermeiros participantes, deduz-se que os enfermeiros chefes se enquadram, maioritariamente, no tipo 1.9 Simpático – forte orientação para o relacionamento e fraca orientação para a tarefa – e no tipo 9.1 Autocrático – forte orientação para as tarefas mas fraca orientação para o relacionamento, afastando-se do estilo considerado mais eficaz por Blake e Mouton (1981), ou seja, o estilo 9.9, caracterizado por forte orientação para as tarefas e para o relacionamento. Por outro lado, Cunha *et al.* (2016) referem que a única tendência que os estudos que se debruçam sobre este tema sugerem é a de que os líderes eficazes denotam, pelo menos, uma moderada orientação para ambos os comportamentos, pelo que, com base neste pressuposto, os enfermeiros líderes dos enfermeiros participantes não possuem o estilo de liderança considerado mais eficaz. Os enfermeiros líderes, segundo os dados obtidos, demonstraram descontentamento perante um líder com forte orientação para a tarefa e fraca orientação para o relacionamento e vice-versa; contudo, a orientação para o relacionamento foi a categoria mais enaltecida e apreciada no líder ideal de enfermagem, segundo discurso dos enfermeiros entrevistados. Estes resultados vão ao encontro do referido por Kumar (2013), que declara que líderes que possuam orientação para o relacionamento são mais adequados na área da saúde.

Quando questionados sobre o conceito de líder e liderança, a maioria dos enfermeiros enunciou que um líder é alguém com competências interpessoais – tais como empatia e capacidade de compreender as necessidades dos seus subordinados – e que consegue indicar o caminho que permite alcançar os objetivos. Estas enunciações vão de encontro à abordagem dos traços de personalidade, que inclui a existência de competências potencialmente mais relevantes para a eficácia dos líderes, nomeadamente as competências interpessoais, assim como à teoria do caminho para os objetivos de House (1971).

Uma parte significativa dos enfermeiros entrevistados considera que, idealmente, o líder é um indivíduo “capaz de mostrar qual o objetivo comum” e “demonstrar qual o caminho melhor” aos seus seguidores. Pelas percepções analisadas depreende-se que os enfermeiros chefes não revelam os estilos de liderança definidos por House (1971). Na caracterização do enfermeiro líder, de acordo com os estilos de liderança de House (1971), a maior parte das percepções colhidas foi negativa. Os participantes creem que os seus enfermeiros chefes não se preocupam com o seu bem-estar e demonstram favoritismo, o que, por consequência, desmotiva os enfermeiros e prejudica o ambiente e a relação da equipa. Consequentemente, os indivíduos entrevistados sugerem que, de modo a incentivar o alcance dos objetivos da organização, os líderes deveriam promover mais reuniões para partilha de ideias, mostrar companheirismo e que trabalham com a equipa ao invés de apenas a supervisionar, serem imparciais, assim como incluir todos os membros nos processos de tomada de decisão. Tal como House (1971) explica, os subordinados terão melhor desempenho quando possuírem expectativas claras e precisas da função a desempenhar, perceberem a relação entre um nível alto de esforço e o alcance dos objetivos da função, e que esse esforço resultará em resultados recompensadores e benéficos.

Os resultados revelam, ainda, que na ótica dos enfermeiros participantes, os enfermeiros chefes exibem carência de comportamentos entendidos como eficazes no âmbito da liderança transformacional, o que constitui fator de desmotivação para estes subordinados. A nível da liderança transacional, os aspetos mais referidos como desejáveis foram as palavras de apoio e o reconhecimento. É possível verificar que os enfermeiros participantes atribuem muito valor ao reconhecimento e à proximidade entre chefia e subordinado, no entanto, pelas percepções obtidas, os seus atuais enfermeiros chefes carecem dessas componentes. Como referido por Cunha *et al.* (2016), as organizações necessitam do empenhamento e da disposição de “ir mais além” dos seus colaboradores. Pelo discurso da amostra desta investigação, deduz-se que uma mudança no estilo de liderar com evidência de mais comportamentos do tipo transformacional e transacional de carácter emocional poderia promover maior empenhamento, motivação e satisfação dos enfermeiros. Kumar (2013) considera que a liderança transformacional é o tipo de liderança mais eficaz para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, na medida em que a capacidade do líder motivar os colaboradores a adquirir uma visão comum e um maior empenhamento para com a organização promove o alcance dos objetivos desejados.

Através das entrevistas realizadas foi possível descobrir diversos entendimentos, por parte dos enfermeiros participantes, sobre quais as práticas e atitudes por parte dos enfermeiros chefes que podem melhorar o ambiente e a eficácia do serviço e, conseqüentemente, da organização como um todo. A disponibilidade foi um dos principais aspetos abordados, i.e., os enfermeiros acreditam que um enfermeiro chefe mais presente no serviço e disponível para a equipa promoveria o espírito da equipa e a qualidade do serviço. Outros fatores que os enfermeiros consideram que contribuem para uma maior qualidade do ambiente de trabalho e do serviço é a realização de reuniões com maior frequência, a equidade nos relacionamentos e tomada de decisões, e a delegação de funções. As reuniões, quando usadas para propósitos como (i) maior comunicação entre líder e subordinado, (ii) partilha de experiências e ideias e (iii) definição clara dos objetivos a atingir contribuem para um melhor ambiente e para a motivação dos enfermeiros, com impacto positivo na eficácia organizacional, segundo os enfermeiros entrevistados.

A enfermagem corresponde ao grupo profissional com maior representatividade no setor da saúde, pelo que, tal como Borges (2009) explica, existe a necessidade de se desenvolverem líderes eficazes, capazes de tomarem decisões adequadas em prol do bem-estar individual e coletivo, mas também que fomentam o desenvolvimento de relações entre os elementos de equipa, com o propósito de conciliar as necessidades individuais com as organizacionais. O estudo efetuado reflete a necessidade dos enfermeiros chefes e, principalmente as organizações de saúde, darem destaque às competências de liderança e procurarem desenvolver esta ferramenta para um melhor funcionamento das mesmas.

O estudo permitiu dar resposta às questões colocadas, no âmbito dos objetivos definidos foi possível realizar uma análise significativa sobre a liderança nos enfermeiros chefes. As perceções dos enfermeiros sobre uma liderança eficaz demonstraram ir de acordo ao que é defendido por autores que se debruçaram sobre este tema, no entanto, não foi corroborado nos estilos de liderança adotados pela chefia.

Por fim, conclui-se que o estudo contribuiu para o conhecimento sobre a liderança adotada ao nível das chefias intermédias das organizações de saúde, na perspetiva dos enfermeiros.

6.1 Limitações do estudo e sugestões para investigações futuras

Existem algumas limitações que podem ser apontadas à presente investigação, sendo que, por sua vez, as mesmas podem levar a sugestões para pesquisas futuras.

Primeiramente, é importante salientar que a presente investigação adotou uma metodologia qualitativa, pelo que apesar dos resultados obtidos terem contribuído para o conhecimento, eles não podem ser generalizados à população de enfermeiros e enfermeiros chefe (Rahman, 2016).

Por outro lado, devido à dificuldade no acesso a organizações de saúde, foi adotado o método de “bola de neve” para geração da amostra, o qual apresenta como desvantagem o facto de fomentar o acesso a percepções e argumentações semelhantes, uma vez que os indivíduos tendem a sugerir contactos da sua rede pessoal, o que pode ter limitado a variabilidade das narrativas obtidas Sharma (2017). Neste sentido, sugere-se a realização de investigações idênticas em organizações de saúde específicas, eventualmente recorrendo ao estudo de caso. Neste tipo de estudo poderia ser considerada, também, a percepção dos enfermeiros chefes a respeito dos seus estilos de liderança e do respetivo impacto no desempenho dos seus subordinados.

7. Referências Bibliográficas

- Alanazi, T. R., Alharthey, B. K., & Rasli, A. (2013). Overview of Path-Goal Leadership Theory. *Jurnal Teknologi (Social Sciences)*, 64(2), 49-53.
- Antonakis, J. (2012). Transformacional and Charismatic Leadership. *The Major Schools Of Leadership*, 8, 256-288.
- Armandi, B., Oppedisano, J., & Sherman, H. (2003). Leadership theory and practice: a “case” in point. *Management Decision*, 14(10), 1076-1088.
- Avolio, B. J., & Bass, B. M. (1995). Individual Consideration Viewed at Multiple Levels of Analysis: a Multi-Level Framework for Examining the Difusion of Tranformational Leadership. *The Leadership Quarterly*, 6(2), 199-218.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expetations*. New York: Free Press.
- Bass, B. M. (1999). Two Decades of Research and Development in Transformacional Leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology.*, 8 (1), 9-32.
- Bennis, W. G., & Nanus, B. (1985). *Leaders: the Strategies for Taking Charge*. New York: Harper & Row.
- Bennis, W. G. (2009). *On Becoming a Leader*. Philadelphia: Perseus Book Groups.
- Biernacki, P., & Waldorf, D. (1981). Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods & Research*, 10(2), 141-163.
- Blake, R. R., & Mouton, J. S. (1981). Management by Grid Principles or Situationalism: Which? *Group & Organization Studies*, 6(4),439-455.
- Bondas, T. (2006). Paths to nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 14, 332-339.
- Borges, J. (2009). Enfermagem: liderança, desempenho e conflitos. *Referência*, 2(10), 315.
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5–11.
- Burhans, L. M., & Alligood, M. R. (2010). Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of*

- Advanced Nursing*, 66(8), 1689-1697.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da Investigação: Guia para Auto-Aprendizagem* (2ªEd). Lisboa: Universidade Aberta.
- Cassel, C., & Symon, G. (2004). *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizations in Organizational Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cruz, M. R. P., Nunes, A. J. S., & Pinheiro, P. G. (2011). Fiedler's Contingency Theory: Practical Application of the Least Preferred Coworker (LPC) Scale. *The IUP Journal of Organizational Behavior*, 10(4), 8-13.
- Dalfovo, M. S., Lana, R. A., & Silveira, A. (2008). Métodos Quantitativos e Qualitativos: Um Resgate Teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 2(4), 1-13.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. (1ªEd.). Lisboa: Monitor – Projectos e Edições, Lda.
- Fortin, M. F. (1996). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. De Material Didáctico, Lda.
- Fradique, M. J., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 45–53.
- Sharma, G. (2017). Pros and cons of different sampling techniques. *International Journal of Applied Research*, 3(7), 749-752.
- Gauthier, B. (1992). *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données* (2ªEd). Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- GLOBE Global Leadership & Organizational Behavior Effectiveness (2004). *Understanding the Relationship Between National Culture, Societal Effectiveness and Desirable Leadership*

- Attributes: A Brief Overview of the GLOBE Project*. Consultado a 7 de maio de 2019. Disponível em: https://globeproject.com/study_2004_2007
- Gray, D. E. (2012). *Pesquisa no Mundo Real* (2ªEd). Porto Alegre: Penso.
- Hersey, P., & Blanchard, K. (1969). Life Cycle Theory of Leadership. *Training and Development Journal*, 23, 26-3.
- Hersey, P., & Blanchard, K. (1988). *Management of Organizational Behavior – utilizing human resources* (5ªEd). New Jersey: Prentice-Hall.
- Hersey, P., & Blanchard, K. (1996). *Management of Organizational Behavior – utilizing human resources* (7ªEd). New Jersey: Prentice-Hall.
- House, R. J. (1976). *A 1976 Theory of Charismatic Leadership*. Carbondale, Illinois: Southern Illinois University.
- Hsieh, H., & Shannon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Insch, G. S., Moore, J. E., & Murphy, L. D. (1997). Content Analysis in Leadership Research: examples, procedures, and suggestions for future use. *Leadership Quarterly*, 8(1), 1-25.
- Jansen, H. (2010). The Logic of Qualitative Survey Research and its Position in the Field of Social Research Methods. *FORUM: Qualitative Social Research*, 11(2).
- Klein, K. J., & House, R. J. (1995). On Fire: Charismatic Leadership and Levels of Analysis. *Leadership Quarterly*, 6(2), 183-198.
- Kotter, J. P. (1990). What leaders really do? *Harvard Business Review*, 68(3), 103-111.
- Kotter, J. P. (2000). Leadership engine. *Leadership Excellence*, 17(4), 7.
- Kouzes, J. M., & Posner, B.Z. (2009). Five Best Practices. *Leadership Excellence*, 26, 3-4.
- Kumar, R. D. (2013). Leadership in Healthcare. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 14(1), 39-41.
- Likert, R. (1961). *New patterns of management*. New York: McGraw-Hill.

- Loke, J. C. F. (2001). Leadership behaviours: effects on job satisfaction, productivity na organizational commitment. *Journal of Nursing Management*, 9, 191-204.
- McNeese-Smith, D. K. (1996). Increasing employee productivity, job satisfaction, and organizational commitment. *Hospital & Health Services Administration*, 41(2), 161-175.
- Miles, M. (1979). Qualitative data as na attractive nuisance: the problem of analysis. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 590–601.
- Minayo, M.C., & Sanches O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, 9(3), 239-262.
- Mumford, M. D., Zaccaro, S. J., Harding, F. D., Jacobs, T. O., & Fleishman, E. A. (2000). Leadership skills for a changing world. *The Leadership Quarterly*, 11(1), 11–35.
- Mumford, T. V., Campion, M. A., & Morgeson, F. P. (2007). The leadership skills strataplex: Leadership skill requirements across organizational levels. *The Leadership Quarterly*, 18, 154–166.
- OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), P. (2017). Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, State of Health in the EU, 9. Consultado a 15 de maio de 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1787/9789264285385-pt>
- Perez, J. W. L. (2014). *Impact os Nurse Managers's Leadership Styles on Staff Nurses' Intent to Turnover*. (Tese de mestrado não editada). Gardner-Webb University School of Nursing, Boiling Springs.
- Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R., Cabral-Cardoso, C., & Neves, P. (2016). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (8ªEd). Lisboa: Editora RH, Lda.
- Rad, A. M. M., & Yarmohammadian, M. H. (2006). A study of relationship between managers' leadership style and employees' job satisfaction. *Leadership in Health Services*, 19(2), 11-28.
- Rahman, M. S. (2017). The Advantages and Disadvantages of Using Qualitative and Quantitative

- Approaches and Methods in Language “Testing and Assessment” Research: A Literature Review. *Journal of Education and Learning*, 6(1).
- Rego, A. (1997). *Liderança nas Organizações – Teoria e Prática*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Rost, J., & Smith, A. (1992). Leadership: A postindustrial approach. *European Management Journal*, 10, 193-201.
- Schaubhut, R. M. (2009). Nurse’s perception of unit quality and policy involvement in three Louisian hospitals. *Journal of Health Management and Policy*, 3(2), 11-13.
- Thompson, S. K. (2002). *Sampling* (2ªEd). New York: Wiley.
- Tirmizi, A. (2002). The 6-L framework: a model for leadership reasearch and development. *Leadership & Organization Development Journal*, 23(5), 269-279.
- Weathersby, G. B. (1999). Leadership vs Management. *Management Review*, 88(3), 5.
- Wu, F. (2006). *A Study of Leadership Styles and Foreign English Teachers Job Satisfaction in Adult English Cram Schools of Taipei and Kaohsiung Cities in Taiwan*. (Dissertação não editada). The University of the Incarnate Word, Texas.
- Yukl, G. A. (1989). Managerial Leadership: A Review of Theory na Research. *Journal of Management*, 15(2), 251-289.
- Yukl, G. A. (1998). *Leadership in organizations* (4ªEd). New Jersey: Prentice-Hall.
- Zaleznik, A. (1992). Managers and Leaders: are they diferente? *Harvad Business Review*, 126-135.

1. O que lhe vem à mente quando pensa na palavra 'Liderança' ou 'Líder'?
2. Quais as características que considera mais importantes possuir para ser um bom líder? Porquê?
3. Considera que o seu enfermeiro chefe possui alguma dessas características? Se sim, quais? E quais dessas características não possui? Porque razão tem este entendimento?
4. Quais as atitudes que mais valoriza e admira no seu enfermeiro-chefe? Porquê?
5. Quais as características que considera menos positivas no seu enfermeiro-chefe? Porquê?
6. Caso possua, em determinada situação, um ponto de vista diferente do seu enfermeiro chefe, sente confiança em lhe dizer e apresentar o seu ponto de vista? Este é receptivo a ouvir diferentes opiniões? Porquê?
7. De que modo considera que o enfermeiro chefe o entusiasma e fomenta a confiança na equipa?
8. O enfermeiro chefe promove a participação de todos nos processos da tomada de decisão? Se sim, de que modo? Se não, que razões pensa que o levam a adotar esse procedimento?
9. Em situações de erro e falhas da parte dos subordinados, como atua o seu enfermeiro chefe? (prefere ajudar na resolução do problema ou repreender e criticar o que falhou)? Como avalia a estratégia adotada? Porquê?
10. O enfermeiro chefe demonstra reconhecimento pelo seu trabalho? Demonstra individualmente, coletivamente ou ambos? Como avalia essa atuação? Justifique por favor.
11. Na oportunidade de ser enfermeiro-chefe, que atitudes e práticas procuraria desenvolver em prol dos objetivos da instituição? Porquê?

Apêndice II – Declaração de Consentimento Informado



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

No âmbito do estudo **“Estilos de liderança adotados pela chefia: as perceções de enfermeiros de diferentes organizações de saúde”**, o qual pretende conhecer as perceções dos enfermeiros sobre o estilo de liderança adotado pela respetiva chefia:

- Compreendi que tenho o direito de colocar qualquer questão acerca do estudo que se encontra a ser desenvolvido;
- Informaram-me de que a entrevista seria gravada em áudio para posterior transcrição e permito que assim seja;
- Aceito que as minhas perceções sejam incorporadas nos resultados do estudo e possam ser publicadas ou apresentadas pelo autor da investigação para fins académicos;
- Informaram-me de que existirá total confidencialidade no nome do entrevistado, tal como a organização onde trabalha. De igual modo, existirá total anonimato na análise de conteúdo das respostas;
- Depreendi que este documento será conservado de forma segura pelo autor da investigação e será destruído no final do estudo.

Depois de devidamente informado(a) autorizo a participação neste estudo.

Data: ____/____/2019

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Investigador: _____