

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO À  
SAÚDE**

**MARIA BEATRIZ GUIMARÃES FERREIRA**

**ESTILOS DE LIDERANÇA DO ENFERMEIRO: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE  
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

UBERABA - MG

2011

**MARIA BEATRIZ GUIMARÃES FERREIRA**

**ESTILOS DE LIDERANÇA DO ENFERMEIRO: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE  
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia de Assis Simões**

UBERABA - MG

2011

# FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIA BEATRIZ GUIMARÃES FERREIRA

## ESTILOS DE LIDERANÇA DO ENFERMEIRO: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

### BANCA EXAMINADORA

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Lúcia de Assis Simões**

Instituição: Centro de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Assinatura: \_\_\_\_\_.

**Prof. Dr. Vanderlei José Haas**

Instituição: Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Assinatura: \_\_\_\_\_.

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristina Maria Galvão**

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Assinatura: \_\_\_\_\_.

## **Dedico essa pesquisa...**

À minha mãe e minha vovó, **Sandra e Áurea**, maiores exemplos de superação e dignidade que já tive, pelos esforços que nunca mediram, pela confiança na minha capacidade e pelo amor incondicional.

À minha irmã **Aurinha**, pelas semelhanças e diferenças, pelo amor verdadeiro, amizade e palavras de incentivo, que tanto me consolaram.

Ao **Carlos Eduardo**, pela paciência e compreensão nos muitos momentos em que estive ausente e, principalmente, por entender minha enorme necessidade de liberdade.

Ao meu pai **Vicente**, que me ensinou a lutar pelos meus sonhos e, que mesmo longe, participou dessa conquista, pois sempre manteve o pensamento em mim e na minha felicidade.

***À Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões pela sua contribuição imensurável na realização desse trabalho. Com sua inteligência inigualável, paciência e amizade, suas palavras se tornaram meu porto seguro, me incentivando e delineando os melhores caminhos a serem trilhados.***

***Ao Prof. Dr. Vanderlei José Hass, meu sincero e profundo agradecimento, por todo ensinamento e paciência. Com o seu “rigor”, o trabalho certamente apresentou maior valor. Além de uma relação acadêmica, construímos uma relação amigável, a qual, certamente, apresenta validade e confiabilidade.***

## Agradecimentos

Sou grata a **Deus** pelos caminhos abertos, por ser minha fortaleza e pela presença e atuação constante em minha vida.

**Mãe** obrigada pelos conselhos, eles sempre guiaram o meu caminho. Sempre, a primeira a se levantar e a última a se deitar, cuidou de mim da forma mais sublime, e manteve compreensão e paciência nos momentos em que muitas vezes atirei pedras. Obrigada por ser tão zelosa e por exercer o verdadeiro significado do que é ser “mãe”.

**Querida Vóvo**, obrigada pela paciência e por atender a tantos chamados meus (vó, vó, vóoooo). Sempre serei grata por ter feito de mim o que sou hoje, pois sempre foi a matriarca da nossa família. Espero estar retribuindo tudo que fez por mim.

À verdadeira mestre, **Ana Lúcia**, por toda orientação durante esses dois longos anos e pela amizade, sempre estando de portas abertas. Esse título é graças a você. Obrigada pela chance e por ter confiado em mim. Espero que tenha retribuído sua confiança. Eternamente grata!

Ao amigo, conselheiro e mestre sábio **Vanderlei Hass**, pelas soluções nos momentos mais aflitos e pelas considerações para que meu trabalho pudesse ser realizado. Obrigada por ser a luz em tantos momentos em que me senti na completa escuridão. Você me ensinou a caminhar no mundo da pesquisa. Jamais terei palavras para agradecer tudo o que fez por mim.

Ao mestre e amigo **Marlúcio** pelas portas abertas para que eu pudesse ingressar no mestrado.

À professora **Cristina Galvão** pela contribuição inestimável, palavras de sabedoria e constantes orientações.

Ao amigo **André de Paula** pela inestimável contribuição, disponibilidade e criatividade no auxílio à construção do instrumento.

À amiga **Joyce** pela ajuda em todas as etapas de construção desse trabalho.

À família **Oliveira**, especialmente, aos meus queridos **Regina e Paulo Reger**, pelo carinho e apoio durante esse processo.

À amiga e professora **Márcia Tasso Dal Poggetto** pela ajuda, amizade, confiança e carinho.

Aos **Juízes** pela valiosa contribuição na elaboração desse trabalho.

Às queridas tias **Elza, Maria Lúcia, Cárta e Ana** pela torcida e pela felicidade a cada conquista minha. Em especial, à tia **Elza** pelos ensinamentos de paixão aos livros e pelo carinho.

Às leais amigas **Carol e Andréa** pela amizade, força e por compartilhar os sentimentos alegres e tristes. Amigas, adoro vocês!

Aos **Colegas, Secretaria e Diretoria** da pós-graduação, especialmente, **Cidinha** pela atenção, carinho e alertas para que nunca perdêssemos as datas de entrega.

Aos **Funcionários participantes do estudo**, que mesmo com tantas atividades, contribuíram com a pesquisa.

Aos meus **Funcionários do Hospital Hélio Angotti** que entenderam minha necessidade de ausência e mantiveram a dinâmica e organização do serviço, em nível de excelência.

A realização desse trabalho foi fomentada pelo Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – **Reuni** – da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

## RESUMO

A liderança no contexto hospitalar constitui tema de grande interesse por ser uma ferramenta capaz de promover mudanças na prática de trabalho e melhorias na qualidade da assistência. Diante da indisponibilidade de um instrumento específico de liderança que contemplasse atividades assistenciais executadas em qualquer unidade de internação, o objetivo desse estudo foi construir um instrumento para mensuração dos estilos de liderança do enfermeiro, na perspectiva da Teoria Situacional, bem como realizar validação aparente e de conteúdo, e avaliar propriedades métricas do instrumento. Trata-se de estudo metodológico, desenvolvido de acordo com as etapas: elaboração do instrumento com 26 atividades assistenciais, dividido em 06 domínios (cuidados básicos, medicações, procedimentos invasivos, curativos, orientações, anotações, geral); validação aparente e de conteúdo pelo julgamento de juízes especialistas na área; estudo piloto; validade de critério a partir de variáveis profissionais do líder e análise de confiabilidade, por meio do teste e re-teste, em um intervalo de 15 dias. Realizado num hospital de ensino no interior de Minas Gerais, com participação de 46 enfermeiros, pareados a 46 técnicos/auxiliares. Quanto à validade, todos os domínios assistenciais apresentaram poder discriminativo para uma liderança desejável, no entanto não houve diferença estatisticamente significativa. Considerando gerenciamento como o critério mais importante para procedimentos invasivos, a análise do poder *a posteriori* revelou que a diferença estatística, para um nível de significância de 0,05, seria alcançada com um tamanho amostral 3 vezes maior. Na análise de confiabilidade, os domínios cuidados básicos ( $k=0,41$ ;  $p=0,01$ ), procedimentos invasivos ( $k=0,54$ ;  $p<0,001$ ); anotações ( $k=0,42$ ;  $p<0,001$ ) e o geral ( $k=0,51$ ;  $p=0,03$ ) apresentaram concordância moderada e foram estatisticamente significativos. O domínio medicação ( $k=0,37$ ;  $p=0,01$ ) apresentou valor de  $p$  estatisticamente significativo e uma confiabilidade regular. Os domínios curativos e orientações não apresentaram diferenças estatisticamente significativas e concordâncias desprezíveis, respectivamente,  $K=0,01$  e  $K=0,16$ . Interessante ressaltar que o estudo indicou grande proporção de respostas discordantes nas opiniões dos líderes e liderados, o que pode ter interferido nos valores da validade e confiabilidade. Os resultados, descritivamente, apontam que o instrumento Liderança do Enfermeiro – Avaliação do Líder e Avaliação do Liderado pode

constituir-se em um instrumento válido e confiável, podendo ser aplicado em ambiente hospitalar; porém, é necessário que este instrumento seja aplicado em populações maiores e heterogêneas, a fim de melhor avaliar suas propriedades métricas.

**Palavras-Chave:** Liderança; Estudos de Validação; Gerenciamento da prática profissional; Equipe de enfermagem.

## ABSTRACT

The leadership in the hospital context is subject of great interest for being a tool capable of promoting changes in the work practice and improvements in the quality of care. Given the unavailability of a specific instrument of leadership that encompassed care activities performed in any inpatient unit, the aim of this study was to design an instrument to measure the leadership styles of the nurse in the perspective of the Situational Theory, as well as to perform apparent validation and of content, and to evaluate parameter properties of the instrument. It is a methodological study, developed according to the steps: the elaboration of the instrument with 26 care activities, divided into 7 domains (primary care, medication, invasive procedures, dressings, guidelines, notes, general); apparent validation and of content by judgment of expert judges in the area; pilot study; validity of criteria from professional variables of the leader and analysis of reliability through test - re-test during an interval of 15 days. It was carried out in a school hospital in the countryside of Minas Gerais, with the participation of 46 nurses paired to 46 technicians/assistants. As to the validity, all care domains presented discriminative power for a desired leadership however there was no statistically significant difference. Considering management as the most important criteria for invasive procedures, the analysis of *a posteriori* power revealed that the statistical difference for a significance level of 0.05 would be reached with a sample size three times bigger. In the analysis of reliability, the primary care domain ( $k=0.41$ ;  $p=0.01$ ), invasive procedures ( $k=0.54$ ;  $p<0.001$ ); notes ( $k=0.42$ ;  $p<0.001$ ) and general ( $k=0.51$ ;  $p=0.03$ ) presented moderate agreement and were statistically significant. The medication domain ( $k=0.37$ ;  $p=0.01$ ) presented statistically significant p value and regular reliability. The domains dressing and guidelines did not present statistically significant differences and concordances were insignificant,  $K=0.01$  and  $K=0.16$  respectively. It is interesting to remark that the study indicated large proportion of discordant answers regarding the opinion of leaders and followers which might have affected the validity and reliability values. The results described indicate that the instrument Leadership of the Nurse – Evaluation of the Leader and the Follower can be a valid and reliable instrument which can be applied to hospitals, but it is necessary that this instrument to be applied to larger and heterogeneous populations in order to better evaluate its metric properties.

**Key-words:** Leadership, Studies of Validation, Management of Professional Practice, Nursing Staff

## RESUMEM

El liderazgo en el hospital es objeto de gran interés como herramienta para lograr un cambio en la práctica de trabajo y mejoras en la calidad de la atención. Dada la falta de disponibilidad de un instrumento específico de liderazgo que abarca las actividades de atención a cabo en cualquier unidad de hospitalización, el objetivo de este estudio fue diseñar un instrumento para medir los estilos de liderazgo de la enfermera, a la vista de la teoría situacional, así como realizar la validación y la aparente contenido, medidas y evaluar las propiedades del instrumento. Se trata de un estudio metodológico, desarrollado de acuerdo con los pasos: la preparación del instrumento con 26 actividades de atención, dividida en 07 áreas (atención primaria, medicamentos, procedimientos invasivos, apósitos, orientación, notas, general), la validación aparente y de contenido pela prueba de jueces expertos en el área; estudio piloto, la validez de criterio de las variables profesionales de los líderes y análisis de confiabilidad mediante test-re test, en un intervalo de 15 días. A cabo en un hospital de enseñanza en Minas Gerais, con la participación de 46 enfermeras, emparejado a 46 técnicos / auxiliares. En cuanto a la validez, todos los dominios de la ayuda mostraron poder discriminativo de un liderazgo deseable, sin embargo no hubo diferencia estadísticamente significativa. Teniendo en cuenta la gestión como el criterio más importante para los procedimientos invasivos, el análisis del poder a posteriori reveló que la diferencia estadística, para un nivel de significación de 0,05 que se lograría con un tamaño de muestra tres veces más grande. En el análisis de confiabilidad, los campos de atención primaria ( $k = 0,41$ ,  $p = 0,01$ ), procedimientos invasivos ( $k = 0,54$ ,  $p < 0,001$ ), las notas ( $k = 0,42$ ,  $p < 0,001$ ) y general ( $k = 0,51$ ,  $p = 0,03$ ) mostró una concordancia moderada y fueron estadísticamente significativas. El dominio medicamento ( $k = 0,37$ ,  $p = 0,01$ ) mostró el valor de  $p$  estadísticamente significativo y la confiabilidad de forma regular. Las áreas apósito y orientación no mostró diferencias estadísticamente significativas y concordancias insignificante, respectivamente,  $K = 0,01$  y  $K = 0,16$ . Es interesante que el estudio indicó gran parte de las respuestas discordantes en las opiniones de los líderes y seguidores, lo que podría haber afectado a los valores de validez y confiabilidad. Los resultados, descritos, indican que el instrumento de Liderazgo del Enfermero - Evaluación del Líder y Evaluación del Seguidor puede ser un instrumento válido y confiable y se puede aplicar en los hospitales, pero es necesario que este instrumento para ser

aplicado en poblaciones más grandes y heterogéneas con el fin de evaluar mejor sus propiedades métricas.

**Palabras clave:** Liderazgo, Estudios de Validación, Gestión de la práctica, El Personal de Enfermería

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Grid do Enfermeiro Administrador _____	27
<b>Figura 2</b> – Esquema geral da Liderança Situacional _____	34
<b>Figura 3</b> – Matriz de Integração entre estilo e maturidade _____	36

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Integração entre o estilo de liderança do enfermeiro, na ótica do liderado, e o estilo de liderança do enfermeiro baseado no nível de maturidade dos liderados, referido pelo enfermeiro \_\_\_\_\_ 54
- Quadro 2** – Atribuição do *score* para os estilos de liderança do enfermeiro \_\_\_\_\_ 55
- Quadro 3** – Interpretação dos valores de *Kappa* \_\_\_\_\_ 67

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição dos líderes e liderados, considerando variáveis demográficas \_\_\_\_\_ 60
- Tabela 2** – Distribuição dos líderes e liderados, segundo variáveis profissionais \_\_\_\_\_ 61
- Tabela 3** – Distribuição dos líderes, considerando as variáveis qualificação profissional, realização de cursos na área de gerenciamento e capacitações em liderança, número de liderados sob supervisão do líder e tempo de atuação do líder com o liderado \_\_\_\_\_ 62
- Tabela 4** – Concordância (*Kappa* ponderado) entre líder e liderado quanto aos estilos de liderança do enfermeiro para as 26 atividades assistenciais \_\_\_\_\_ 66
- Tabela 5** – Distribuição de atividades assistenciais cujos estilos de liderança referidos por líder e liderado resultaram em não execução (não se aplica) da referida atividade \_\_\_\_\_ 68
- Tabela 6** – Concordância (*Kappa* ponderado) entre auto e heteropercepção quanto aos estilos de liderança do enfermeiro para as 26 atividades assistenciais \_\_\_\_\_ 71
- Tabela 7** – Distribuição de atividades assistenciais cujos estilos de liderança referidos pela auto e heteropercepção resultaram em discordância e/ou não execução da referida atividade \_\_\_\_\_ 72
- Tabela 8** – Validação de critério do estilo de liderança adotado para cada uma das atividades assistenciais, considerando qualificação profissional e tempo de atuação entre líder e liderado \_\_\_\_\_ 77
- Tabela 9** – Validação de critério do estilo de liderança adotado para cada uma das atividades assistenciais, considerando capacitação em liderança e realização de curso na área de gerenciamento \_\_\_\_\_ 79
- Tabela 10** – Validação de critério do estilo de liderança dicotomizado adotado para o domínio cuidados básicos, considerando capacitação em liderança, realização de curso na área de gerenciamento, qualificação profissional e tempo de atuação do líder junto ao liderado \_\_\_\_\_ 81
- Tabela 11** – Validação de critério do estilo de liderança dicotomizado adotado para o domínio medicações, considerando capacitação em liderança, realização

de curso na área de gerenciamento, qualificação profissional e tempo de atuação do líder junto ao liderado \_\_\_\_\_ 81

**Tabela 12** – Validação de critério do estilo de liderança dicotomizado adotado para o domínio procedimentos invasivos, considerando capacitação em liderança, realização de curso na área de gerenciamento, qualificação profissional e tempo de atuação do líder junto ao liderado \_\_\_\_\_ 82

**Tabela 13** – Validação de critério do estilo de liderança dicotomizado adotado para o domínio curativos, considerando capacitação em liderança, realização de curso na área de gerenciamento, qualificação profissional e tempo de atuação do líder junto ao liderado \_\_\_\_\_ 83

**Tabela 14** – Validação de critério do estilo de liderança dicotomizado adotado para o domínio orientações, considerando capacitação em liderança, realização de curso na área de gerenciamento, qualificação profissional e tempo de atuação do líder junto ao liderado \_\_\_\_\_ 84

**Tabela 15** – Validação de critério do estilo de liderança dicotomizado adotado para o domínio anotações, considerando capacitação em liderança, realização de curso na área de gerenciamento, qualificação profissional e tempo de atuação do líder junto ao liderado \_\_\_\_\_ 85

**Tabela 16** – Validação de critério do estilo de liderança dicotomizado adotado para o domínio geral, considerando capacitação em liderança, realização de curso na área de gerenciamento, qualificação profissional e tempo de atuação do líder junto ao liderado \_\_\_\_\_ 86

**Tabela 17** – Análise de confiabilidade teste e re-teste dos estilos de liderança adotado para cada um dos domínios assistenciais \_\_\_\_\_ 88

**Tabela 18** – Análise de confiabilidade teste e re-teste dos estilos de liderança dicotomizados, considerando os domínios assistenciais \_\_\_\_\_ 89

**Tabela 19** – Distribuição de atividades assistenciais cujos estilos de liderança em medidas repetidas (teste e re-teste) resultaram em não execução (não se aplica) ou não se aplica da referida atividade assistencial \_\_\_\_\_ 89

## SUMÁRIO

### LISTA DE FIGURAS

### LISTA DE QUADROS

### LISTA DE TABELAS

<b>1. APRESENTAÇÃO</b>	<b>19</b>
<b>2. INTRODUÇÃO</b>	<b>23</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>32</b>
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>38</b>
<b>5. MÉTODOS</b>	<b>40</b>
<b>5.1 Desenho de Estudo</b>	<b>41</b>
<b>5.2 Construção do Instrumento</b>	<b>41</b>
<b>5.3 Descrição do Instrumento</b>	<b>41</b>
<b>5.4 Técnicas de validação</b>	<b>43</b>
<b>5.4.1 Validade Aparente e de Conteúdo</b>	<b>44</b>
<b>5.4.2 Avaliação das propriedades métricas: validade e confiabilidade</b>	<b>45</b>
<b>5.5 Local de Aplicação do Instrumento</b>	<b>46</b>
<b>5.6 População</b>	<b>47</b>
<b>5.6.1 Critérios de Inclusão</b>	<b>48</b>
<b>5.6.2 Amostra</b>	<b>48</b>
<b>5.7 Coleta de dados</b>	<b>48</b>
<b>5.8 Método para determinação do estilo de liderança</b>	<b>50</b>
<b>5.9 Análise dos dados</b>	<b>55</b>
<b>5.10 Aspectos Éticos</b>	<b>56</b>
<b>6. RESULTADOS EM DISCUSSÃO</b>	<b>57</b>
<b>6.1 Validade Aparente e de Conteúdo</b>	<b>58</b>
<b>6.2 Caracterização dos Sujeitos</b>	<b>60</b>
<b>6.3 Análise de Itens</b>	<b>63</b>
<b>6.3.1 Estudo Piloto</b>	<b>63</b>
<b>6.3.2 Concordância entre os estilos de liderança referidos pelo líder e pelo liderado</b>	<b>64</b>
<b>6.3.3 Concordância entre estilos de liderança referidos pela auto e heteropercepção</b>	<b>70</b>

<b>6.4 Validade</b>	<b>75</b>
<b>6.5 Confiabilidade</b>	<b>87</b>
<b>7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b>	<b>91</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>100</b>

## 1. APRESENTAÇÃO

Desde a minha época de graduação, meus professores ensinavam que assumir a liderança na equipe de enfermagem é função primordial do enfermeiro. Explicavam-nos as diferenças entre ser chefe e ser líder, enfatizando que a chefia impõe determinadas ações, enquanto a liderança conquista atitudes e ações dos profissionais.

Quando comecei minha atuação prática, mesmo na época de estagiária, observava a atuação dos enfermeiros e procurava a liderança em cada um deles. Características, atitudes, palavras, formas de relacionamento, experiências práticas, enfim, algo que determinasse seu estilo de liderança.

Pude observar as dificuldades dos enfermeiros relacionadas à função de liderar a equipe de enfermagem, as quais geravam conflitos, resultando em desestímulo, desmotivação e insatisfação dos profissionais.

Os docentes e vários outros profissionais da enfermagem sempre relatavam sobre a importância da liderança no que tange ao relacionamento interpessoal, ao processo de trabalho, à dinâmica de trabalho, à resolutividade de problemas entre a equipe, à comunicação, entre outros. Porém, estou certa de que os conteúdos curriculares abordados em minha graduação, os quais trabalhavam a temática liderança, não foram suficientes para formar líderes.

Contraditória tal questão. Ao mesmo tempo em que se falava tanto de liderança e que, sem ela, poderíamos não ter sucesso na carreira profissional, não ofereciam condições e formas de operacionalizar o potencial da liderança em cada enfermeiro que se graduava.

Diante dessas considerações, inquietações me incomodavam: Como é ser um verdadeiro enfermeiro líder? Quais características ele deve ter? Se o enfermeiro é fundamental na coordenação dos serviços de saúde e na prestação de uma assistência de enfermagem de qualidade, qual é o melhor estilo de liderança que ele deve adotar?

A oportunidade de ingressar em um programa de pós-graduação *stricto sensu*, nível mestrado, colaborou para a melhor compreensão da temática Liderança em Enfermagem, possibilitando, também, algumas respostas para meus questionamentos.

Percorrer o caminho para encontrar tais respostas não foi tão fácil. Por isso, acredito ser importante tecer algumas considerações sobre os diferentes trajetos e

momentos pelos quais passamos para concluir esse estudo, e que foram cruciais na determinação do caminho a ser percorrido durante todo o processo.

Inicialmente, impulsionada pelo desejo de conhecer os estilos de liderança dos enfermeiros, pensei em desenvolver um estudo objetivando avaliar o estilo de liderança do enfermeiro frente ao grau de maturidade do liderado, na perspectiva da Liderança Situacional.

Eu e minha orientadora optamos pelo modelo da Liderança Situacional (HERSEY; BLANCHARD, 1986), após estudar sobre as diferentes teorias de liderança em enfermagem, pois concordamos que não há um estilo de liderança melhor ou pior ou um estilo único para todas as situações. O estilo de liderança a ser adotado pelo enfermeiro deve contemplar a situação e os liderados (HERSEY; BLANCHARD, 1986).

Preocupamo-nos em encontrar instrumentos que mensurassem o estilo de liderança do enfermeiro, sob a ótica da liderança situacional. Encontramos o instrumento de Galvão (1995) com esta peculiaridade, porém contemplando atividades assistenciais relacionadas somente ao perioperatório.

Desejávamos realizar o estudo em todas as unidades de internação de um hospital de clínicas de alta complexidade. Diante de tal necessidade, encontramos o primeiro obstáculo, o instrumento com atividades assistenciais restritas a determinada unidade não atendia aos nossos anseios.

Persistentes, resolvemos adaptar o instrumento de Galvão (1995), ampliando as atividades assistenciais, as quais fossem realizadas em qualquer unidade de internação. Ainda, percebemos que não poderíamos agrupar essas atividades em categorias, uma vez que o estilo de liderança a ser adotado frente a uma determinada atividade, poderia não ser igual a toda categoria. O desmembramento de categorias em atividades assistenciais tornou o instrumento extremamente extenso, com aproximadamente 20 páginas.

Foi neste momento que surgiu a idéia de compactar esse extenso instrumento em uma planilha eletrônica. Fomos procurar por um especialista da Tecnologia de Informação, o qual ofereceu uma contribuição imensurável na realização desse estudo, pois viabilizou a construção do instrumento em formato eletrônico, através de programa de computador.

Não desistindo definitivamente da proposta inicial, percebemos que outro estudo deveria anteceder a avaliação do estilo de liderança do enfermeiro. Dada a

nova situação ocasionada pela necessidade de inúmeras alterações no conteúdo e na forma de apresentação, deparamo-nos com um novo instrumento, o qual intitulamos: **Liderança do Enfermeiro – avaliação do líder e Liderança do Enfermeiro – avaliação do liderado.**

A criação desse instrumento tornou-se um grande desafio para nós, pois gerou a necessidade de um novo delineamento de estudo, a pesquisa metodológica.

Entendemos que construir e validar um instrumento constitui-se em uma tarefa complexa e arriscada, principalmente quando não se tem instrumentos similares que possam auxiliar no processo de validação. Contudo, optamos pela construção dos referidos instrumentos por dois motivos: o primeiro, devido aos instrumentos existentes não atenderem aos nossos objetivos e anseios; o segundo, pelo fato de acreditar que o instrumento poderá ser uma ferramenta gerencial eficaz para os enfermeiros, os quais, como atores fundamentais na organização e coordenação dos serviços de saúde, bem como na condução dos processos de trabalho da enfermagem, devem adotar estilos de liderança compatíveis com as necessidades dos membros da equipe, considerando situações específicas. Uma vez que o enfermeiro tem a compreensão dos fatores que mais interferem na sua liderança, poderá planejar ações para transformar sua realidade a fim de oferecer assistência com maior qualidade.

## **2. INTRODUÇÃO**

As mudanças ocorridas na sociedade moderna, a diversificação das necessidades humanas e as transformações de valores e paradigmas demonstraram que esquemas administrativos tradicionais, responsáveis durante décadas pelo sucesso de inúmeras empresas, já não satisfazem às novas exigências (SIMÕES, 2001).

Os pressupostos da teoria clássica da administração não se adaptam às atuais mudanças e incertezas do mundo globalizado, indicando sinais de esgotamento por meio da instabilidade política, social, econômica e revolução tecnológica que colocam as empresas e os hospitais em crise, trazendo sérias complicações para a qualidade dos serviços prestados (HIGA; TREVIZAN, 2005; GALVÃO *et al.*, 1998).

Diante de tal constatação, são necessárias novas maneiras de atender a tais exigências e agregação de outros valores à prática das organizações hospitalares, de onde surge a necessidade de desenvolvimento da capacidade de liderança, principalmente no que se refere a gerir pessoas (GELBCKE *et al.*, 2009; SIMÕES, 2001). Nesse sentido, destaca-se a importância da liderança do enfermeiro no contexto hospitalar, como estratégia para provocar mudanças relacionadas às práticas de trabalho (LOURENÇO; TREVIZAN, 2002).

A enfermagem necessita de líderes comprometidos e motivados para nortear o desenvolvimento dos processos de trabalho focando as necessidades dos pacientes, e que sejam capazes de estruturar o desenvolvimento técnico – científico da profissão (HIGA; TREVIZAN, 2005).

A tecnologia não substitui a necessidade de orientar as pessoas para alcançar objetivos e metas. O enfermeiro tem em sua essência o contato com o outro, seja no cuidar ou no gerenciar, uma vez que é ele quem resolve conflitos, pratica a tomada de decisão e busca a participação da equipe na construção e efetivação de planos e projetos, para que os integrantes da equipe se tornem seus seguidores, estando dispostos a trilhar seus caminhos. Dessa forma, o enfermeiro se torna líder e não chefe (BALSANELLI; CUNHA, 2006).

Inúmeros autores têm estudado a liderança, buscando compreender seu significado na enfermagem, os estilos de liderança, as habilidades e competências do líder e a relação da liderança com a qualidade da assistência. Dentre tais autores, destacam-se: Cardoso, Ramos e D'innocenzo (2011);

Jiménez (2007); Barbosa (2007); Wehbe e Galvão (2005); Silva (2004); Lourenço (2004); Simões (2001); Higa (1998); Galvão (1995) e Trevizan (1993).

Hersey e Blanchard (1986, p. 104) definem a liderança como “toda situação em que alguém procura influenciar o comportamento de outro indivíduo ou grupo”. Acrescenta-se a tal definição, que é através da liderança que o enfermeiro concilia os objetivos da enfermagem com os organizacionais, objetivando o aprimoramento da prática profissional e alcançando uma assistência de enfermagem adequada (SILVA; GALVÃO, 2007).

Liderar é influenciar pessoas a mudar, sendo que tais mudanças devem servir para a melhoria da prática em enfermagem. Nessa ótica, a liderança se torna fundamental para que o enfermeiro seja eficaz na gerência da assistência prestada ao paciente (GALVÃO et al., 1998; GALVÃO et al., 1997).

A liderança tem sido estudada sob diversos enfoques, que se diferenciam de acordo com a forma com que o autor compreende o líder. Essa compreensão se baseia nas teorias de liderança, as quais podem ser classificadas em três grandes grupos (LOURENÇO, 2004).

A primeira teoria, considerada como base para várias pesquisas nessa temática até meados de 1940, foi a Teoria dos Traços de Personalidade, também conhecida como Teoria das Características ou Teoria do Grande Homem. Ela afirma que alguns indivíduos nascem para liderar e outros para ser liderados, defendendo a idéia de que o sujeito nasce com a liderança, a qual está implícita na sua herança genética (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Tal teoria baseou-se nas grandes figuras da História, identificando traços de personalidade que diferenciavam a grande pessoa das massas, relacionando esses traços com o sucesso pessoal e organizacional (CHIAVENATO, 2004). Por meio desta identificaram-se várias características que atualmente são utilizadas para descrever líderes bem sucedidos, como conhecimento, poder de decisão, fluência oral, criatividade, habilidade interpessoal, prestígio, equilíbrio, determinação, iniciativa, capacidade de angariar cooperação, autoconfiança e vontade de liderar (MARQUIS; HUSTON, 2005; CHIAVENATO, 2004).

No entanto, a Teoria dos Traços apresenta deficiências evidentes por negligenciar o impacto dos liderados e da situação no papel da liderança. O debate questiona se a liderança é inata ou se pode ser aprendida e desenvolvida. Tal discussão demonstrou as deficiências da teoria por negligenciar o impacto dos

liderados e da situação no papel da liderança. Na realidade, há pessoas com os traços apontados na teoria que não são nem se tornarão, obrigatoriamente, líderes, pois é sabido que a liderança exige habilidades específicas que podem ser aprendidas pelo indivíduo (HINCHLIFFE, 2010; SIMÕES, 2001).

A teorização inadequada, a dificuldade de mensurar as características e o não reconhecimento de diferenças nas situações fez com que essa teoria fosse desacreditada, porém teve sua contribuição ao descrever as características que devem estar presentes em um líder (MARQUIS; HUSTON, 2005).

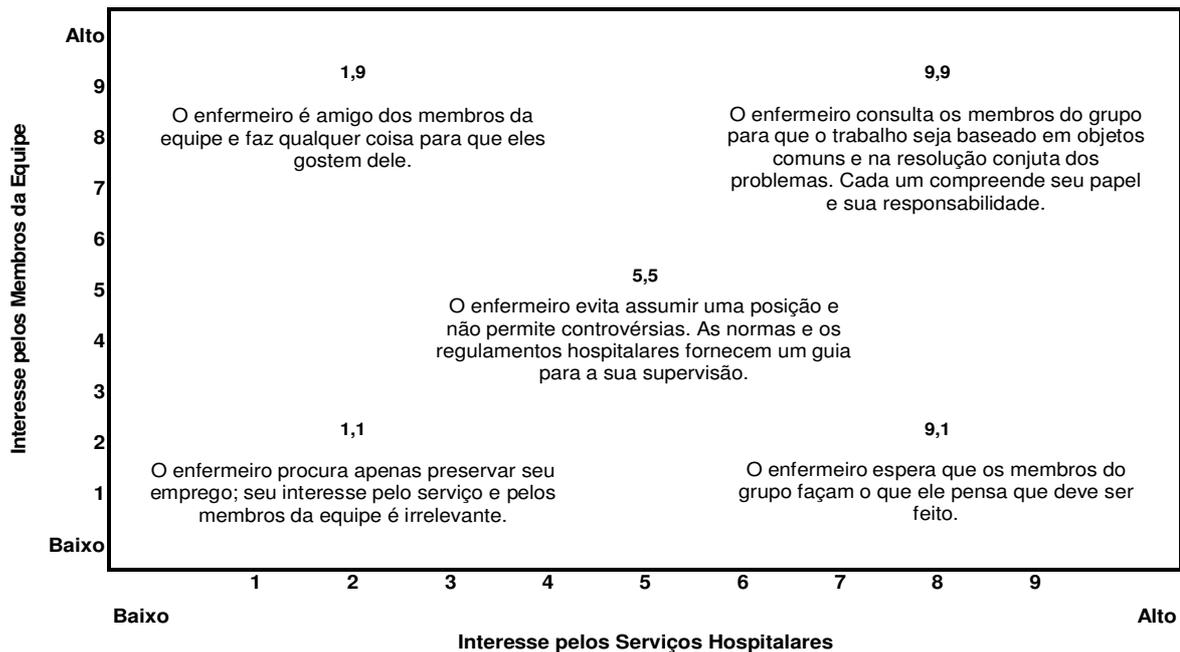
A liderança exige habilidades específicas que podem ser aprendidas por qualquer indivíduo (SIMÕES, 2001).

Como alternativa à Teoria das Características, os estudos de liderança começaram a enfatizar o comportamento do líder perante determinada situação, surgindo as Teorias Comportamentais. Esta abordagem procura explicar a liderança por meio da combinação de duas dimensões de comportamento: produção e pessoas (CHIAVENATO, 2004).

Os líderes orientados para os liderados enfatizam o aspecto de relacionamento, acreditando na importância de cada colaborador e se interessando por ele, além de aceitar a individualidade e as necessidades pessoais. Por outro lado, os líderes centrados na produção acentuam a produção e os aspectos técnicos, entendendo os liderados como instrumentos que efetivarão os objetivos da organização (MARQUIS; HUSTON, 2005; CHIAVENATO, 2004).

Como exemplo das teorias comportamentais, pode-se citar o Grid Gerencial, elaborada na década de vinte, por Robert Blake e Jane Mouton, que apresenta a inter-relação dessas duas orientações, produção e pessoa, geram cinco tipos diferentes de liderança. Esquemáticamente representado por um eixo vertical (preocupação com as pessoas) e outro horizontal (preocupação com produção). Cada eixo tem uma escala que varia de um a nove pontos, sendo que o valor um representa uma baixa preocupação, e o nove, elevada preocupação (TREVIZAN *et al.*, 2001).

**Figura 1:** Grid do Enfermeiro Administrador.



**Fonte:** TREVIZAN, M.A. **Liderança do enfermeiro:** o ideal e o real no contexto hospitalar. São Paulo: Savier; 1993. 94p.

Atribui-se ao líder uma pontuação para cada dimensão de orientação (produção ou pessoas) correspondente no eixo das coordenadas de acordo com seu comportamento. O resultado identifica os seguintes estilos de liderança: Gerência de Clube Recreativo (estilo 1,9); Gerência em Equipe (estilo 9,9); Gerência do Homem Organizacional (estilo 5,5); Gerência Empobrecida (estilo 1,1) e Autoridade-Obediência (estilo 9,1) (SANTOS; CASTRO, 2008; TREVIZAN et al., 2001; TREVIZAN, 1993;).

O gerente estilo 9,1 possui orientação máxima para produção e mínima para pessoas, necessita de poder, é controlador, impaciente, receia o fracasso e, quando este ocorre, culpa aos outros. A comunicação flui de cima para baixo e não há discussão (SANTOS; CASTRO, 2008; HIGA; TREVIZAN, 2005; TREVIZAN et. al, 2001; TREVIZAN, 1993).

O estilo de liderança 1,9 tem orientação mínima para produção e máxima para pessoas; concentra-se nas necessidades das pessoas para manter um bom relacionamento e evitar conflitos; é agradável, compreensivo e prefere investir nas pessoas (HIGA; TREVIZAN, 2005; TREVIZAN et al., 2001; TREVIZAN, 1993).

No estilo 1,1 o gerente possui mínima orientação para produção e para pessoas. É apático, indiferente, negligencia responsabilidades e investe o mínimo

necessário no trabalho (HIGA; TREVIZAN, 2005; TREVIZAN et al., 2001; TREVIZAN, 1993).

O estilo 5,5 refere-se ao estilo que possui equilíbrio entre metas de produção e disposição para pessoas. Conformista, eufemisa diferenças, evasivo, evita comprometimento, mas é sociável e bem visto pelo grupo (SANTOS; CASTRO, 2008; HIGA; TREVIZAN, 2005).

O gerente 9,9 agrega máxima orientação para produção e para pessoas, objetiva contribuir com a instituição, dá importância a opiniões diferentes, compromete-se, é determinado, inovador e compartilha responsabilidades (SANTOS; CASTRO, 2008; HIGA; TREVIZAN, 2005; TREVIZAN et al., 2001).

Deve-se ressaltar que a concepção de liderança no contexto organizacional evoluiu quando se compreendeu que essas duas dimensões, produção e pessoas, não são antagônicas, mas complementares. Assim, pode-se dizer que não há estilo melhor que o outro, ou que deva ser adotado como único, pois a escolha dependerá da situação. Nessa perspectiva, a questão da situação é colocada como responsável pela eficácia da liderança, sendo que o líder deve ajustar seu comportamento para garantir o sucesso pessoal e profissional do grupo (MARQUIS; HUSTON, 2005; CHIAVENATO, 2004; SILVA, 2004; TREVIZAN et al., 2001).

Nas organizações de saúde, quando os líderes não contemplam a situação, e desenvolvem seu comportamento voltado para uma ou outra dimensão, obtém como resultado a mecanização do trabalho, a insatisfação do trabalhador, conflitos, falta de comunicação, desmotivação e desenvolvimento de tarefas limitadas, os quais podem interferir na qualidade da assistência (SILVA, 2004; GALVÃO *et al.*, 2000) .

Partindo do pressuposto de que não existe um estilo de liderança único para toda e qualquer situação, o líder necessita perceber as necessidades e valorizar a ação dos liderados dentro do processo, considerando a variável norteadora desse processo, a situação, para desenvolver o potencial máximo dos liderados em ambas as dimensões (SILVA, 2004; GALVÃO, 1995).

Enfocando a situação no contexto organizacional, emergiram de vários estudos, a Teoria Situacional ou Contingencial. Os traços e o comportamento atuam juntamente com os aspectos da situação em que ocorre a liderança, considerando liderados, líder, situação, tarefas e objetivos. Pode-se afirmar que constituiu um avanço em relação às teorias anteriores, baseadas somente nos estilos. Destacam-

se as contribuições dos trabalhos de Fielder; House e Hersey; Blanchard (MARQUIS; HUSTON, 2005).

O exercício da liderança eficaz reflete diretamente na qualidade da assistência à saúde. Os líderes podem afetar a qualidade de diferentes maneiras, incluindo os efeitos que eles podem ter sobre o estresse ou o bem-estar dos liderados, os quais também podem influenciar a qualidade do cuidado prestado (COZENS; MOWBRAY, 2001).

Qualidade é um tema bastante pesquisado e pode ser entendido como o melhor a ser feito, mais alto padrão de desempenho, características de superioridade em relação aos semelhantes. Dentre essas características, a liderança pode ser o diferencial em ações comprometidas com a qualidade da assistência de enfermagem (BARBOSA, 2007; MAXIMIANO, 2005).

A maior parte dos problemas de qualidade em uma instituição de saúde está relacionada a falta de liderança. A filosofia da qualidade exige uma liderança comprometida com o serviço, fazendo com que o grupo alcance os objetivos por meio da participação de todos na tomada de decisão, do trabalho em equipe, distribuição de tarefas e divisão de méritos (ROCHA, 2007).

A liderança na enfermagem é uma ferramenta que pode promover a melhoria da qualidade da assistência quando é exercida valorizando as pessoas e as relações no processo de trabalho; desta forma, os liderados mantêm visões e objetivos comuns que norteiam para atitudes produtivas (BARBOSA, 2007).

Ao analisar a interface entre a liderança e a qualidade dos serviços de saúde, entende-se que, para garantir a qualidade da assistência, é necessário o desenvolvimento de uma liderança desejável.

Nos serviços de saúde, o enfermeiro destaca-se como líder pela sua formação profissional que, em geral, confere-lhe visão holística do ser humano, do cuidado e da saúde, o que implica assumir posição em cargos de liderança por articular sua atuação em atividades assistenciais, gerenciais e de ensino. A liderança é uma ferramenta organizacional e gerencial deste profissional, uma vez que permite a atuação ativa sobre os problemas, a gestão de pessoas e a promoção de mudanças relacionadas à prática do trabalho (LANZONI; MEIRELLES, 2011).

Ao levantar os instrumentos que avaliam a liderança em enfermagem, denota-se a existência de inúmeros instrumentos, os quais são formulados sob

diversos enfoques, baseados nas diferentes teorias. Para ilustrar, podem ser citados: Least Preferred Co-Worker (CRUZ; NUNES; PINHEIRO, 2010); Questionnaire of Leadership in Nursing (LOUREIRO; FERREIRA; DUARTE, 2008); Leadership Practices Inventory (TOURANGEAU; MCGILTON, 2004); Integração de Maturidade e Estilo (avaliação do líder) e Integração de Maturidade e Estilo (avaliação do liderado) (GALVÃO, 1995); Grid Gerencial (TREVIZAN, 1993) e Leadership Effectiveness and Adaptability Description (HERSEY; BLANCHARD, 1986).

Na perspectiva da liderança situacional aplicada para enfermagem, destaca-se o instrumento para análise do estilo de liderança dos enfermeiros baseado nos níveis de maturidade dos liderados construído por Galvão (1995). Esse instrumento teve como foco o enfermeiro de unidade de internação cirúrgica, direcionado para atividades assistenciais referentes ao período perioperatório.

Uma vez que os instrumentos encontrados na literatura não correspondiam às necessidades de pesquisa, decidiu-se pela construção de um novo instrumento.

Inúmeros fatores, no âmbito do trabalho na enfermagem, influenciam no estilo de liderança a ser adotado pelo enfermeiro. Considerando que uma das funções do enfermeiro é coordenar a equipe de enfermagem na realização da assistência ao paciente, reforça-se a importância de se desenvolver habilidades de liderança, adequando os estilos de comportamento ao nível de maturidade que os técnicos e auxiliares de enfermagem apresentam no desempenho das atividades assistenciais.

Assim, a definição das atividades assistenciais a serem contempladas no instrumento baseou-se nas determinações do exercício profissional da enfermagem, pautando-se na Legislação e Normas do Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 2005). Além disso, considerou-se o fato de serem atividades executadas por todo profissional de enfermagem, constituindo-se em um conhecimento técnico-científico consolidado há anos, oferecido aos estudantes dos cursos de nível médio e superior durante as disciplinas de Fundamentos de Enfermagem.

A criação e a validação de um instrumento que aborde a liderança do enfermeiro tornam-se necessárias. Há que se destacar a escassez de estudos atualizados, orientados para a temática em questão, e a necessidade de se dispor de um instrumento que contemple procedimentos básicos que são comuns e

normalmente executados pela equipe de enfermagem em qualquer unidade de internação hospitalar.

Este estudo propõe-se a construir um instrumento que seja capaz de avaliar se os estilos de liderança adotados pelo enfermeiro são desejáveis, frente às necessidades dos membros da equipe de enfermagem, considerando as distintas situações vivenciadas por esses profissionais em seu cotidiano de trabalho, na perspectiva do referencial teórico da Liderança Situacional.

Com a utilização do instrumento Liderança do Enfermeiro – Avaliação do líder e Liderança do Enfermeiro – Avaliação do liderado, acredita-se que o enfermeiro terá uma estrutura de referência no que tange à habilidade de liderar sua equipe.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

Na literatura há vários modelos de liderança provenientes das teorias situacionais. Para fundamentar teoricamente a presente investigação, foi selecionada a Liderança Situacional, cujo modelo foi proposto por Hersey e Blanchard (HERSEY; BLANCHARD, 1986).

A Liderança Situacional demonstra que não existe um estilo único, melhor ou pior de liderar, uma vez que o líder necessita ter versatilidade no uso dos vários estilos que podem ser adaptados conforme as peculiaridades de cada situação específica.

A Liderança Situacional se configura como útil para o enfermeiro pelo fato de que nas equipes de enfermagem há pessoas com diferentes personalidades e níveis de qualificação, exigindo que o enfermeiro perceba, em cada membro, seu grau de maturidade, suas potencialidades, suas dificuldades, reconhecendo-as nas diferentes situações, para adaptar o estilo de liderança a ser adotado. Ademais, parece ser uma teoria viável e aplicável na enfermagem, devido à necessidade que o enfermeiro tem de ser versátil para analisar cada situação e agir de forma diferenciada.

A Liderança Situacional baseia-se numa inter-relação entre a “quantidade de orientação e direção (comportamento de tarefa) que o líder oferece, a quantidade de apoio sócio-emocional (comportamento de relacionamento) dado pelo líder, e o nível de prontidão (“maturidade”) dos subordinados no desempenho de uma tarefa, função ou objetivo específico” (HERSEY; BLANCHARD, 1986, p. 186).

O comportamento de tarefa pode ser definido como sendo “a medida com que o líder dirige as pessoas, dizendo-lhes o que fazer, quando fazê-lo, onde fazê-lo e como fazê-lo. Significa estabelecer-lhes objetivos e definir os seus papéis”. O comportamento de relacionamento é a “medida com que um líder se empenha em comunicar-se bilateralmente com as pessoas, dando-lhes apoio, encorajamento e “carícias psicológicas”. Significa ouvir ativamente as pessoas e apoiar-lhes os esforços (HERSEY; BLANCHARD, 1986, p. 189).

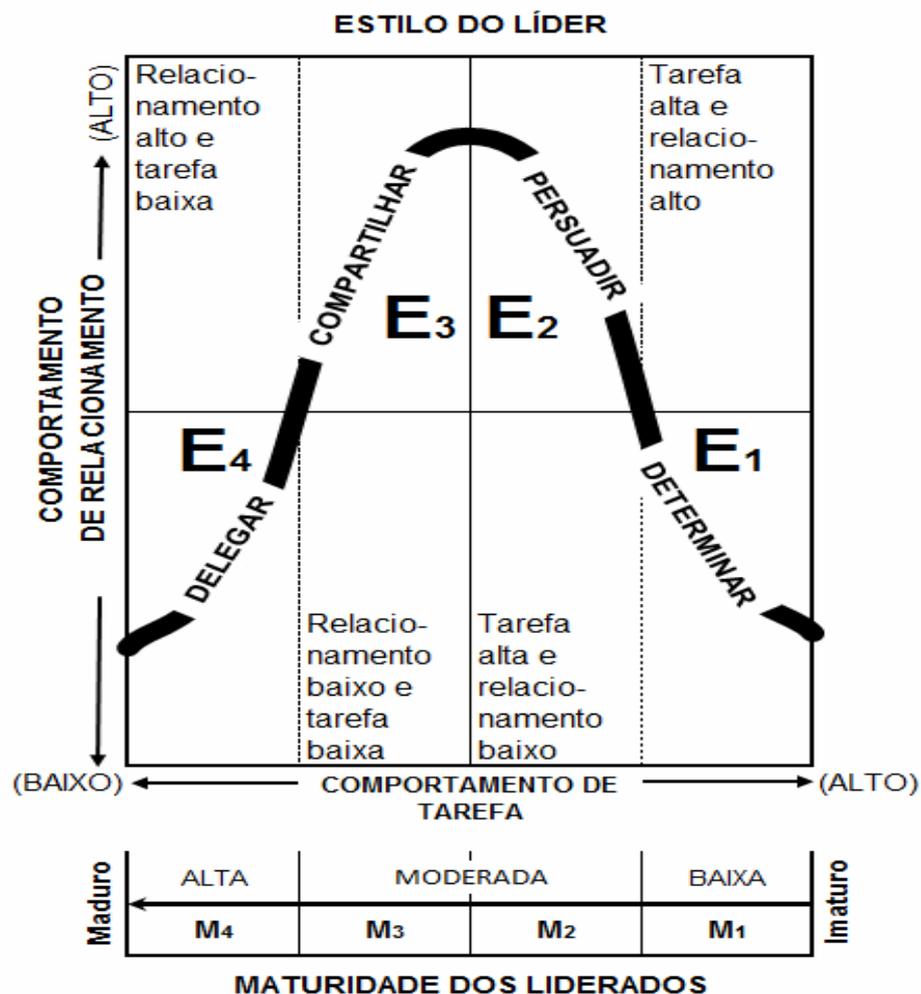
Outro conceito essencial da Liderança Situacional refere-se à maturidade dos liderados. Define-se maturidade como “a capacidade e a disposição das pessoas de assumir a responsabilidade de dirigir seu próprio comportamento” (HERSEY; BLANCHARD, 1986, p. 187). “Acrescentam-se duas dimensões, a maturidade de trabalho que está relacionada com a “capacidade de fazer alguma

coisa, referindo-se ao conhecimento e à capacidade técnica”; e a maturidade psicológica que se refere à “disposição ou motivação para fazer alguma coisa” (HERSEY; BLANCHARD, 1986, p.195).

É importante ressaltar que a dimensão do conceito de maturidade deve ser considerada somente em relação a uma tarefa específica, não podendo afirmar a maturidade ou imaturidade de um grupo ou liderado em um sentido amplo (GALVÃO et al., 1997). Os líderes devem adaptar o estilo de liderança para as necessidades dos liderados somente em tarefas previamente determinadas (SCHREUDER et al., 2011).

Hersey e Blanchard (1986) esquematizaram a Liderança Situacional por meio da figura a seguir:

**Figura 2** – Esquema geral da Liderança Situacional.



**Fonte:** HERSEY, P.; BLANCHARD, K.H. **Psicologia para administradores:** a teoria e as técnicas da Liderança Situacional. [tradução e revisão técnica: Equipe do CPB – Edwino A Royer. São Paulo: EPU, 1986.

Como se pode observar na figura acima, tal teoria propõe quatro estilos de liderança, sendo que o estilo apropriado a cada um dos quatro níveis de maturidade inclui a dosagem certa de comportamento de tarefa e de relacionamento. O estilo de liderança a ser adotado depende do nível de maturidade das pessoas que o líder pretende influenciar (HERSEY; BLANCHARD, 1986).

Analisando a figura, entende-se que o líder, ao utilizar o estilo de liderança E1 (determinar) com um liderado com nível de maturidade baixo (M1) em relação a uma atividade específica, deverá utilizar comportamento alto para tarefa e baixo para relacionamento, definindo o que, como, quando e onde o liderado deverá fazer. No estilo de liderança E2 (persuadir), adequado para o liderado com nível de maturidade entre baixa e moderada (M2), o líder tenta convencer o liderado a realizar alguma atividade de acordo com suas orientações, implicando comportamento alto para tarefa e relacionamento. O estilo compartilhar (E3), para um liderado com nível de maturidade entre moderada e alta (M3), o líder apóia os liderados nos seus esforços de usar a capacidade que já possuem e ambos participam do processo de tomada de decisão; envolve comportamento de relacionamento alto e tarefa baixa. O líder emprega o estilo de liderança delegar (E4) com o liderado com nível de maturidade alto (M4), frente a uma atividade específica; o líder apóia o liderado na identificação do problema, mas cabe ao liderado propor alternativas de soluções, envolve comportamento de relacionamento baixo e tarefa baixa (HERSEY; BLANCHARD, 1986).

O fator chave da Liderança Situacional consiste na identificação, por parte do líder, do nível de maturidade dos liderados, estando sua eficácia vinculada à capacidade do líder de adaptar seu estilo às necessidades dos liderados e da situação (ROCHA *et al.*, 2005).

Assim, conhecendo o nível de maturidade do liderado (de trabalho e psicológica) pode-se determinar o estilo de liderança mais desejável que o líder deve adotar, com este liderado, frente a uma determinada atividade específica, através da matriz de integração entre maturidade e estilo, proposta por Hersey e Blanchard (1986), conforme apresentado na figura seguinte:

**Figura 3** – Matriz de Integração entre estilo e maturidade.

M A T U R I D A D E  P S I C O L Ó G I C A	■	E <sub>4</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>3</sub> E <sub>4</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>2</sub> E <sub>3</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>2</sub>
	4	E <sub>4</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>3</sub> E <sub>4</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>2</sub> E <sub>3</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>2</sub>
	■	E <sub>4</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>3</sub> E <sub>4</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>2</sub> E <sub>3</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>2</sub>
	3	E <sub>3</sub> E <sub>4</sub>	E <sub>3</sub> E <sub>4</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>2</sub> E <sub>3</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>1</sub> E <sub>2</sub>
	■	E <sub>3</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>2</sub> E <sub>3</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>1</sub> E <sub>2</sub>	E <sub>1</sub> E <sub>2</sub>
	2	E <sub>3</sub>	E <sub>2</sub> E <sub>3</sub>	E <sub>2</sub> E <sub>3</sub>	E <sub>2</sub> E <sub>3</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>1</sub> E <sub>2</sub>	E <sub>1</sub>
	■	E <sub>2</sub> E <sub>3</sub>	E <sub>2</sub> E <sub>3</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>1</sub> E <sub>2</sub>	E <sub>1</sub>	E <sub>1</sub>
	1	E <sub>2</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>1</sub> E <sub>2</sub>	E <sub>1</sub> E <sub>2</sub>	E <sub>1</sub> E <sub>2</sub>	E <sub>1</sub>	E <sub>1</sub>	E <sub>1</sub>
	■	E <sub>2</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>1</sub> E <sub>2</sub>	E <sub>1</sub> E <sub>2</sub>	E <sub>1</sub>				
	■	4	■	3	■	2	■	1	■	
	MATURIDADE PROFISSIONAL									

**Fonte:** GALVÃO, C.M. **Liderança Situacional:** uma contribuição ao trabalho do enfermeiro líder no contexto hospitalar. 1995. 117f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

O uso da Matriz de Integração será especificado no capítulo de métodos.

A Liderança Situacional preocupa-se em analisar se o estilo de liderança adotado pelo enfermeiro, de acordo com a maturidade dos liderados em relação à determinada tarefa, é desejável ou não. Assim, para determinar o estilo de liderança em uma dada situação, o líder necessita: identificar a atividade de um indivíduo ou do grupo que deseja influenciar; determinar o nível de maturidade – capacidade e disposição - do indivíduo ou do grupo para realização da atividade; e decidir qual dos quatro estilos propostos no modelo é apropriado para aquele indivíduo ou grupo (GALVÃO, 1995; HERSEY; BLANCHARD, 1986).

O nível de maturidade pode caracterizar-se de forma ascendente e descendente, representado pelos ciclos de crescimento e regressão. O líder deve ser versátil para fazer o diagnóstico do nível de maturidade do liderado, adotando o estilo de liderança compatível ao nível. Porém, essa versatilidade deve ser

suficiente para aumentar o nível de maturidade do liderado, através de planos e capacitações que o desenvolvam (GALVÃO, 1995).

A liderança é um processo dinâmico, uma vez que deve ser adaptada às modificações na conduta do líder, dos liderados e da situação estabelecida (LOURENÇO; TREVIZAN, 2002).

Sabe-se que na enfermagem não é possível prestar assistência segura e de qualidade sem o suporte e as contribuições de todos os membros da equipe. Assim, o papel dos colaboradores é tão imprescindível quanto ao do próprio líder, já que, se não houver seguidores, não se configurará a existência de liderança (SIMÕES; FÁVERO, 2003; HERSEY; BLANCHARD, 1986).

Pelas considerações apresentadas, justifica-se a escolha da Teoria da Liderança Situacional como referencial teórico a ser seguido na construção do instrumento para avaliação da adequação dos estilos de liderança adotados pelo enfermeiro.

#### **4. OBJETIVOS**

- ✓ Construir um instrumento para mensuração dos estilos de liderança do enfermeiro, na perspectiva da Teoria Situacional de Liderança.
- ✓ Realizar validação aparente e de conteúdo do instrumento construído.
- ✓ Avaliar as propriedades métricas do instrumento para mensuração dos estilos de liderança do enfermeiro.



## 5.1 Desenho de Estudo

Trata-se de pesquisa metodológica. Para Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa metodológica refere-se aos estudos sobre métodos de obtenção, organização e análise dos dados, e trata da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de investigação.

Pasquali (1998) afirma que, para a construção de instrumentos, três procedimentos são fundamentais:

- ✓ Teórico – explicitação da teoria sobre o construto para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida.
- ✓ Empírico – aplicação do instrumento em um estudo piloto, coletando os dados para que as propriedades métricas possam ser avaliadas.
- ✓ Analítico – aplicação do instrumento nos sujeitos pré-determinados para proposta das etapas de validação.

## 5.2 Construção do instrumento

Para verificar os estilos de liderança do enfermeiro, foi construído um instrumento de avaliação, na perspectiva da Teoria Situacional de Liderança, o qual contempla duas partes: **Liderança do Enfermeiro – avaliação do líder** e **Liderança do Enfermeiro – avaliação do liderado**.

A elaboração desse instrumento fundamentou-se em extenso levantamento bibliográfico sobre a Teoria Situacional de Liderança. Baseou-se em atividades assistenciais que caracterizam o trabalho cotidiano da equipe de enfermagem. Devido ao número elevado de atividades assistenciais e, conseqüentemente, ao aumento da extensão do instrumento, optou-se por elaborá-lo no formato eletrônico, uma vez que este formato proporciona condições de desmembrar as categorias, além de facilitar e agilizar a aplicação do instrumento.

## 5.3 Descrição do instrumento

A primeira parte do instrumento, **Liderança do Enfermeiro – Avaliação do líder**, a ser aplicado aos enfermeiros, contém três seções: dados que caracterizam o perfil sócio-demográfico e profissional do enfermeiro; estilo de

liderança adotado pelo enfermeiro com o liderado, frente a determinadas atividades assistenciais desenvolvidas pelo liderado; e determinação, pelo enfermeiro, do nível de maturidade do liderado em relação às atividades assistenciais. Ressalta-se que todas as respostas, nessa primeira seção, referem-se à percepção do líder - enfermeiro.

Na segunda parte, **Liderança do Enfermeiro – Avaliação do liderado**, a ser aplicado aos técnicos ou auxiliares de enfermagem, há também três seções: dados que caracterizam o perfil sócio-demográfico e profissional do liderado; estilo de liderança adotado pelo enfermeiro com o liderado, frente a determinadas atividades assistenciais desenvolvidas pelo liderado; e determinação, pelo liderado, do seu nível de maturidade em relação às atividades assistenciais. Ressalta-se que todas as respostas, nessa segunda seção, referem-se à percepção do liderado – auxiliar ou técnico em enfermagem.

Na composição do instrumento, para fins didáticos, as atividades assistenciais foram agrupadas em domínios. Vale destacar que se procurou elencar procedimentos básicos que são inerentes ao exercício da profissão e, normalmente, executados pela equipe de enfermagem em qualquer unidade de internação hospitalar.

Abaixo, a apresentação preliminar dos domínios e das respectivas atividades assistenciais:

**Cuidados Básicos** - compreende os cuidados relativos à:

- Verificação de sinais vitais
- Higiene
- Conforto
- Segurança
- Alimentação
- Deambulação

**Administração de medicamentos** - compreende os cuidados relativos à administração de medicação por:

- Via oral
- Intramuscular

- Subcutânea
- Endovenosa

**Procedimentos invasivos** - compreende os cuidados relativos à:

- Sondagem vesical
- Sondagem nasogástrica
- Sondagem retal
- Punção venosa
- Aspiração de secreção orotraqueal

**Curativos** – compreende os cuidados relativos a:

- Drenos
- Cateteres
- Incisões cirúrgicas
- Úlceras

**Orientações**– compreende as orientações ao paciente e família, referentes à:

- Doença
- Tratamento
- Cuidados domiciliares

### **Anotações de enfermagem**

- Anotações

## **5.4 Técnicas de validação do instrumento**

A análise das propriedades métricas do instrumento Liderança do Enfermeiro – Avaliação do Líder e Liderança do Enfermeiro – Avaliação do Liderado foi realizada por meio da validade e da confiabilidade.

Na fase de estruturação e desenvolvimento de um instrumento para analisar o estilo de liderança do enfermeiro, estabelecer e monitorar a validade e a confiabilidade são parâmetros fundamentais.

O primeiro critério importante na avaliação de um instrumento quantitativo é a validade. A validade de um instrumento é entendida como a capacidade de medir o que se propõe a medir. Pode ser através da validade de conteúdo, validade de constructo e validade relacionada ao critério (DANTAS, 2007; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A validade de conteúdo pode ser entendida em uma única pergunta: os questionamentos de determinado instrumento são representativos de todas as questões que podem ser realizadas sobre tal assunto? Esse parâmetro é baseado em julgamentos subjetivos de especialistas na área do conteúdo estudado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

#### **5.4.1 Validade aparente e de conteúdo**

Realizar validade de conteúdo é particularmente relevante, pois se preocupa com a adequação do conteúdo que está sendo medido. É necessário ter leitura, entendimento e análise do constructo, e a opinião de peritos especialistas da área (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A validade aparente e de conteúdo caminham juntas, porém há peculiaridades próprias. A validade aparente reflete a clareza com que o conteúdo é expresso, de modo com que o instrumento pareça estar medindo o constructo apropriado. Já a validade de conteúdo é baseada em julgamentos subjetivos de especialistas, devendo ser no mínimo dois juízes (DANTAS, 2007).

Para o presente estudo, foram selecionados seis juízes para avaliar a relevância de cada item e julgar se eles representam o conteúdo do domínio em questão, isto é, analisar a adequação das atividades assistenciais e se essas são representativas do que se pretende medir, a liderança do enfermeiro.

Dos seis juízes, quatro foram enfermeiros, escolhidos a partir dos seguintes critérios: ter experiência profissional de pelo menos cinco anos na área de fundamentos de enfermagem e/ou administração em enfermagem e estar inserido em atividades de pesquisa na temática da liderança.

Outros dois juízes foram selecionados, um da área de psicologia, pesquisador da temática liderança em enfermagem e, outro, da área de informática, que avaliou o *layout* e a “navegabilidade” do instrumento.

Primeiramente, foi feito um contato prévio com os juízes, convidando-os a participar da etapa de validação de conteúdo do Instrumento Liderança do Enfermeiro – Avaliação do Líder e Liderança do Enfermeiro - Avaliação do Liderado.

Após o consenso dos juízes, foi encaminhado a eles um documento descrevendo a finalidade e os objetivos da pesquisa, as atividades assistenciais, bem como o instrumento, para que avaliassem a relevância e a representatividade de cada item, a clareza, a facilidade de leitura, a compreensão dos itens e a aferição do item pretendido. Ressalta-se que, por clareza, entende-se trabalhar as questões do instrumento de forma clara e sem ambiguidades.

Para o juiz da área da informática, foi especificada no documento, somente, a avaliação do *layout* e da navegabilidade do instrumento, uma vez que a temática em questão não é de sua competência.

Descrições detalhadas do julgamento dos juízes serão apresentadas no capítulo 06, seção de Validade Aparente e de Conteúdo.

#### **5.4.2 Avaliação das propriedades métricas: validade e confiabilidade**

A validade de constructo está relacionada à capacidade do instrumento em confirmar hipóteses suspeitas e à precisão do instrumento em medir o que supostamente deve medir. Métodos como a técnica de grupos conhecidos, validade convergente e divergente são utilizados nessa validação. O método de validação por grupos conhecidos consiste na aplicação do instrumento em grupos supostamente distintos quanto ao atributo crítico, obtendo escores diferentes para os grupos. Isto é, supõe-se que o grupo que possui o atributo crítico deva ter escores diferentes do que aquele que não possui (DANTAS, 2007; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O método de validação convergente e divergente ocorre por meio da aplicação conjunta do instrumento proposto com outro instrumento válido e confiável de medida semelhante, intitulado padrão-ouro. Quando as dimensões entre os instrumentos estão medindo o mesmo fator, caracteriza-se validação convergente. Se as dimensões entre os instrumentos apresentarem correlações baixas, a validação é divergente (DANTAS, 2007).

Refletir sobre a validação de constructo para o instrumento proposto é difícil e desafiador. Não há parâmetros para grupos conhecidos, pois não há métodos científicos que possam diferenciar enfermeiros que sejam caracterizados como bons ou maus líderes; e para validação convergente ou divergente, não há instrumentos válidos e confiáveis de avaliação do estilo de liderança do enfermeiro baseado em atividades assistenciais inerentes a qualquer unidade de internação, que possam ser considerados como padrão-ouro.

Já a validade de critério tem sido considerada uma das mais importantes validades. Há uma relação entre os escores do instrumento com algum critério externo, de modo que o instrumento demonstre associação com algum critério, o qual pode ser uma referência contra a qual o instrumento será avaliado (DANTAS, 2007; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Determinar um critério válido e confiável foi um fator extremamente crítico na execução do trabalho, pois não há relatos na literatura de métodos científicos que irão garantir o exercício de uma liderança adequada.

Diante dessas dificuldades para escolha do método de validação e as limitações de cada um, optou-se pela validade de critério por permitir correlacionar os escores de liderança do instrumento proposto com critérios pré-estabelecidos envolvendo variáveis profissionais do líder.

Por fim, o processo de confiabilidade refere-se à consistência com que o instrumento mede o atributo, ou seja, o instrumento apresenta confiabilidade quando revela resultados semelhantes em medidas repetidas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A análise de confiabilidade do instrumento proposto foi efetivada por meio da confiança de reprodutibilidade do instrumento, através das etapas de teste e reteste. Essa análise descreve os aspectos de reprodutibilidade e estabilidade das medidas, não devendo sofrer variações na medida e mudanças no sujeito, quando o teste for repetido. Não há consenso quanto ao intervalo de tempo das duas aplicações; entretanto, recomenda-se que o respondente não se recorde das respostas dadas no teste (PASQUALI, 2004).

## **5.5 Local de aplicação do instrumento**

Para a realização das fases de teste e re-teste, o instrumento foi aplicado em um Hospital de Clínicas, de ensino, localizado no interior de Minas Gerais, considerado principal centro de atendimento médico-hospitalar da região, sendo reconhecido como Centro de Referência Regional por atender a macrorregião, composta por 27 municípios.

Conforme seu regulamento, trata-se de uma autarquia federal, caracterizado como hospital geral, de grande porte, contando atualmente com 290 leitos, cujo objetivo é desenvolver e apoiar as atividades de ensino, de pesquisa e de extensão universitária, contribuindo para formação e qualificação profissional, geração de novos conhecimentos na área de saúde, prestação de serviços assistenciais e difusão de conhecimentos.

Em sua estrutura organizacional, observam-se níveis organizacionais e hierárquicos, composta por várias Unidades, dentre elas, a Diretoria de Enfermagem, subordinada à Superintendência do Hospital.

O regimento do Serviço de Enfermagem tem como objetivos: planejar, coordenar, supervisionar, acompanhar e avaliar as atividades de enfermagem, sendo norteado pela filosofia do Serviço de Enfermagem que se pauta na prestação de assistência ao enfermo e na sua reintegração ao convívio da sociedade.

Integra, hierarquicamente, o Serviço de Enfermagem o Enfermeiro Diretor, seguido pelos Enfermeiros Supervisores, Enfermeiros das Unidades, Técnicos em Enfermagem, Instrumentadores Cirúrgicos, Auxiliares de Enfermagem e Auxiliares Administrativos ou Escriturários.

## **5.6 População**

Foram participantes da pesquisa enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem vinculados ao referido Hospital de Clínicas, lotados nas diferentes unidades de internação. Os primeiros desenvolvem atividades administrativas, assistenciais e educativas. Já os seguintes desenvolvem atividades prioritariamente assistenciais.

Numericamente, há 90 enfermeiros e 556 técnicos e auxiliares de enfermagem, incluindo funcionários concursados e contratados. Do quantitativo de enfermeiros, 56 atuavam nas unidades assistenciais no período de realização do estudo. Os outros 34 enfermeiros estavam distribuídos em diferentes funções nos

setores: Acolhimento; Diretoria; Supervisão; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Serviço de Educação em Enfermagem, ou estavam sob vigência de diferentes afastamentos.

### **5.6.1 Critérios de Inclusão**

Para o desenvolvimento desse estudo foram incluídos na pesquisa todos os enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem que trabalhavam em conjunto em unidades assistenciais, há pelo menos um mês.

As unidades assistenciais participantes foram: Unidade de Terapia Intensiva Adulto; Unidade de Terapia Intensiva Coronariana; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Ginecologia e Obstetrícia; Pediatria; Berçário; Pronto Socorro Adulto; Pronto Socorro Infantil; Neurologia; Ortopedia e Unidade de Doenças Infecto-Parasitárias.

### **5.6.2 Amostra**

Para os enfermeiros, foi considerada sua totalidade numérica, que atenderam aos critérios de inclusão especificados. Já, para os técnicos e auxiliares de enfermagem, além do atendimento aos critérios de inclusão, foi realizado sorteio de um funcionário da equipe auxiliar, por amostragem aleatória simples no programa SPSS (Statistical Package for the Social Science (versão 11.5)). Devido à amostra dos sujeitos ser pareada, o instrumento respondido pelo enfermeiro P terá como referência o técnico de enfermagem P<sub>1</sub> e vice-versa.

Dos 56 enfermeiros assistenciais, quatro não atendiam aos critérios de inclusão; quatro enfermeiros foram excluídos, por terem participado do estudo piloto, dois se recusaram a participar do estudo, resultando, assim, no quantitativo de 46 enfermeiros participantes da pesquisa.

## **5.7 Coleta de dados**

A coleta de dados, para validação do instrumento, foi realizada por meio da aplicação do instrumento **Liderança do Enfermeiro – Avaliação do líder**, para os

enfermeiros e, para os auxiliares e técnicos em enfermagem do instrumento **Liderança do Enfermeiro – Avaliação do liderado.**

Primeiramente, consultou-se à Diretoria de Enfermagem para explicar-se os objetivos e a finalidade da pesquisa. Após a anuência do Diretor de Enfermagem, foi realizado um levantamento dos enfermeiros que atuavam nas unidades de internação, por meio da escala de trabalho.

De acordo com a escala mensal de serviço dos enfermeiros, foi-se a cada unidade assistencial, nos três turnos de trabalho, verificar se o enfermeiro tinha interesse em responder o instrumento específico. Havia uma apresentação ao enfermeiro, explicando os objetivos e a finalidade do estudo. Com a aceitação do enfermeiro, foi criada uma planilha com o nome de todos os auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam na mesma unidade com o respectivo enfermeiro e que estavam trabalhando no mesmo turno de serviço. A seleção desses profissionais foi feita por meio de sorteio, por amostragem aleatória simples, através do software SPSS - Statistical Package for the Social Science (versão 11.5).

Após a realização do sorteio, para o técnico ou auxiliar sorteado, explicavam-se os objetivos e a finalidade do estudo, convidando-o a participar da pesquisa.

Após anuências do enfermeiro e da pessoa sorteada, técnico ou auxiliar de enfermagem, era fornecidas informações sobre como os sujeitos deveriam preencher os instrumentos, ressaltando que o enfermeiro teria como referência a pessoa sorteada para responder ao instrumento, e que a pessoa sorteada teria como referência o enfermeiro da unidade em questão. Os profissionais que aceitavam participar da pesquisa respondiam os instrumentos no computador, em horário e local combinados *a priori*, sendo fora da unidade e do horário de serviço. Ressalta-se que alguns instrumentos foram respondidos por e-mail, devido à possibilidade e preferência do participante.

Decorridos 15 dias da aplicação do instrumento, foi realizado o re-teste, repetindo-se a aplicação do instrumento, com o intuito de garantir a sua confiabilidade. Justifica-se um intervalo de 15 dias entre as fases de teste e re-teste pela necessidade de garantia de independência da medida, de forma que os respondentes não se lembrem da primeira medida; e, pelo fato de evitar a perda de amostra, considerando a rotatividade desses profissionais entre os diversos setores do hospital.

Destaca-se que, foi realizado o teste piloto, com quatro pareamentos, isto é, quatro enfermeiros com seus respectivos técnicos ou auxiliares de enfermagem.

A coleta de dados compreendeu um período de 70 dias.

### **5.8 Método para determinação do estilo de liderança**

O estilo de liderança pode ser entendido como um comportamento adotado pelo ser humano quando quer influenciar o comportamento do outro. Entende-se que o modo ou a percepção que um indivíduo tem de si mesmo é denominada autopercepção; enquanto que a percepção que as outras pessoas têm de determinado indivíduo é compreendida como heteropercepção. Assim, as comparações entre essas percepções podem determinar o estilo de liderança (HERSEY; BLANCHARD; 1986).

Hersey e Blanchard (1986) consideram, na Teoria de Liderança Situacional, como autopercepção, o estilo de liderança do enfermeiro e o nível de maturidade dos liderados, ambos na percepção do líder. E, a heteropercepção, como o estilo de liderança do enfermeiro e o nível de maturidade dos liderados, ambos na percepção do liderado.

Na autopercepção, primeiramente, questiona-se ao enfermeiro qual estilo de liderança ele adota com determinado liderado, diante de uma atividade assistencial. Posteriormente, questiona-se, também ao enfermeiro, qual o nível de maturidade (psicológica e de trabalho) apresentada pelo liderado diante da mesma atividade assistencial. Conhecendo o nível de maturidade, através da Matriz de Integração entre maturidade e estilo, obtém-se o estilo de liderança que seria o mais desejável de ser adotado pelo líder com o referido liderado. Assim, pode-se comparar se o estilo que o líder afirma estar adotando é compatível com o estilo mais desejável de se adotar, considerando a maturidade que o líder julga ter seu liderado (HERSEY; BLANCHARD; 1986).

O mesmo é feito na heteropercepção, porém os questionamentos são direcionados ao liderado.

Ao refletir sobre o estilo de liderança mais desejável em uma dada situação, a teoria preconiza que se analisem essas percepções de forma isolada e que, posteriormente, viabilize-se um diálogo entre líder e liderado a fim de se obter um

consenso sobre o nível de maturidade e o estilo de liderança adequado a se adotar com um liderado.

Exemplificando para um melhor entendimento, suponha-se que o enfermeiro atribua uma maturidade M2 para um de seus colaboradores, em um cateterismo vesical. Considerando essa maturidade, o estilo desejável para o líder adotar seria E2, persuadir. Em contrapartida, o liderado julga sua maturidade como M4, para a realização da mesma atividade. Essa maturidade resulta no estilo E4, delegar, como o estilo mais desejável para o enfermeiro adotar. Nessa perspectiva, há um impasse de qual estilo de liderança é o ideal para o enfermeiro adotar. Hersey e Blanchard (1986) afirmam que deve haver um acordo entre líder e liderado sobre o nível de maturidade e o estilo de liderança adequado, para que possa maximizar o desempenho do colaborador.

Porém, diante de duas percepções diferentes e uma tentativa de acordo sem sucesso, emerge um questionamento: qual a percepção, a do líder ou a do liderado, deve nortear a determinação do estilo de liderança mais desejável?

Entende-se que a liderança deve ser compreendida por percepções de outras pessoas e, não apenas, pela própria visão do indivíduo. Propõe-se, nesse estudo, que, para determinar o estilo de liderança mais desejável, diante de tarefas específicas, deva-se considerar a percepção do liderado sobre o estilo de liderança do enfermeiro, bem como a percepção do líder acerca do nível de maturidade dos liderados.

Isto é, primeiramente, questiona-se ao liderado qual estilo de liderança o enfermeiro está adotando com ele, diante de uma atividade assistencial. Posteriormente, questiona-se ao enfermeiro qual o nível de maturidade (psicológica e de trabalho) ele julga ter seu liderado, diante da mesma atividade assistencial. Conhecendo o nível de maturidade, através da Matriz de Integração entre maturidade e estilo, obtém-se o estilo de liderança que seria o mais desejável de o líder adotar com o liderado. Assim, pode-se comparar se o estilo que o liderado afirma estar sendo adotado com ele pelo líder é compatível com o estilo mais desejável de se adotar, considerando o julgamento que o líder faz da maturidade do liderado.

Avançando na compreensão da proposta da teoria, a heteropercepção, proposta nesse estudo, foi considerada como a combinação entre as percepções do líder e do liderado.

Diante disso, foram feitas inicialmente análises isoladas. Uma análise do Instrumento Liderança do Enfermeiro – Avaliação do Líder; outra análise do Instrumento Liderança do Enfermeiro – Avaliação do Liderado; e uma terceira que é a convergência dos estilos de liderança nas diferentes percepções, do líder e do liderado.

A primeira análise foi feita pautada na primeira parte do instrumento Liderança do enfermeiro – Avaliação do Líder, a partir do instrumento Análise da Liderança - Percepção do Líder (Apêndice 1). Esse segue o próprio instrumento de Avaliação, sendo que a primeira parte do instrumento de análise refere-se à segunda parte do Instrumento de Liderança na avaliação do líder. Isto é, conta com a caracterização do estilo de liderança do enfermeiro, em sua própria opinião para cada atividade assistencial; e com o nível de maturidade (capacidade e disposição) que o enfermeiro julga ter seus liderados, para as mesmas atividades.

A determinação dos estilos de liderança, tanto na percepção do líder quanto do liderado, para cada atividade assistencial, constituirá de um indicador que pode variar entre E1 - determinar, E2 - persuadir, E3 - compartilhar e E4 - delegar.

Já a determinação da maturidade, independente de ser pela percepção do líder ou do liderado, será feita por meio de uma escala Likert variando de uma pontuação mínima de um e máxima de nove pontos. Para maturidade de trabalho – capacidade, o intervalo de um a nove refere-se, respectivamente, a variação da escala entre pouca e muita; enquanto para maturidade psicológica – disposição, a variação se dá entre raramente e frequentemente.

Os pontos foram igualmente distribuídos em duas maturidades com intervalos de classe de um a nove pontos. Ambas as pontuações, oriundas da maturidade e da disposição foram cruzadas na Matriz de Integração, proposta por Hersey e Blanchard (1986), originando um estilo de liderança, estilo esse que se caracteriza como o mais desejável de ser adotado pelo enfermeiro, considerando tal nível de maturidade. A matriz de Integração é uma matriz nove por nove, o que justifica a pontuação girar entre um e nove para determinação do nível de maturidade.

A segunda análise foi feita pautada no instrumento Liderança do Enfermeiro – Avaliação do Liderado, a partir do instrumento Análise da Liderança – Percepção do Liderado (Apêndice 2). Esse instrumento é composto pela caracterização do estilo de liderança do enfermeiro e do nível de maturidade do liderado, ambos na

ótica do liderado. A análise do nível de maturidade é feita exatamente igual à descrita anteriormente.

Já a terceira análise é um misto de ambos os instrumentos, a qual foi feita a partir do instrumento Análise da Liderança – Percepções do Líder e do Liderado [desfecho] (Apêndice 3). Esse instrumento contempla a caracterização do estilo de liderança do enfermeiro, para cada atividade assistencial, na opinião do liderado; e o nível de maturidade (capacidade e disposição) dos liderados, para as mesmas atividades, porém baseando-se na opinião do enfermeiro. Essa compreensão se refere ao novo entendimento feito da heteropercepção, descrito anteriormente.

Com essas duas partes do instrumento, há diferentes análises que podem ser feitas. São elas:

- ✓ Análise do estilo de liderança do enfermeiro, nas percepções do líder e do liderado;
- ✓ Análise do estilo de liderança proveniente do nível de maturidade dos liderados, nas percepções do líder e do liderado;
- ✓ Análise da compatibilidade entre o estilo de liderança do enfermeiro com o nível de maturidade dos liderados, ambos na percepção do enfermeiro, demonstrando se o estilo de liderança adotado é compatível com o julgamento que faz do nível de maturidade dos seus liderados.
- ✓ Análise da compatibilidade entre o estilo de liderança do enfermeiro e o nível de maturidade dos liderados, ambos na percepção do liderado, demonstrando se o estilo de liderança do enfermeiro referido pelo liderado é compatível com o julgamento que o próprio liderado faz de sua maturidade.
- ✓ Análise da compatibilidade entre o estilo de liderança do enfermeiro determinado pela percepção do liderado e o estilo de liderança oriundo da maturidade dos liderados, na percepção do líder.

Vale ressaltar que a maturidade psicológica e de trabalho sempre resultam em um estilo de liderança, após a convergência das mesmas na Matriz de Integração. Dessa forma, é evidenciado que as análises demonstram a comparação entre dois estilos de liderança.

A partir das constatações e interpretações acerca da temática da liderança situacional, foi abordado o novo entendimento de heteropercepção, representado pela terceira análise – descrita anteriormente - para os procedimentos de validação, no que tange à determinação do estilo de liderança mais desejável para ser adotado pelo enfermeiro, diante de uma tarefa. Portanto, no desfecho há dois estilos de liderança, um relatado pelo liderado que afirma ser o estilo que o enfermeiro adota com ele, diante de específica atividade assistencial; e outro, determinado pelo líder, para mesma atividade, baseado no nível de maturidade que ele julga ter seu liderado.

Hersey e Blanchard (1986) afirmam que não há um único estilo de liderança adequado para o líder adotar. Assim, nesse estudo, propôs-se uma classificação em ordem de estilos mais desejáveis de serem adotados, de acordo com a situação: totalmente desejável - TD, parcialmente desejável - PD, parcialmente indesejável - PI e totalmente indesejável – TI.

Nessa perspectiva, criou-se um quadro de análise da liderança, por meio do cruzamento entre os estilos de liderança na perspectiva do líder e do liderado.

**Quadro 1** - Integração entre o estilo de liderança do enfermeiro, na ótica do liderado, e o estilo de liderança do enfermeiro baseado no nível de maturidade dos liderados, referido pelo enfermeiro. Uberaba/MG, 2011.

<b>Liderado – Estilo</b> <b>Líder – Maturidade</b>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>E4</b>
<b>E1</b>	TD(3)	PD(2)	PI(1)	TI(0)
<b>E2</b>	PD(2)	TD(3)	PD(2)	TI(0)
<b>E3</b>	TI(0)	PD(2)	TD(3)	PD(2)
<b>E4</b>	TI(0)	PI(1)	PD(2)	TD(3)

\* TD – totalmente desejável; PD – parcialmente desejável; TI – totalmente indesejável; PI – parcialmente indesejável.

Pela compreensão do quadro, entende-se que há uma combinação do nível de maturidade do liderado (resultando em um estilo de liderança na percepção do líder) com o estilo de liderança do enfermeiro (percepção do liderado), evidenciando

o estilo que oferece maior probabilidade de funcionar bem, isto é, de ser o mais desejável de ser adotado pelo líder com o liderado.

Para categorizar o estilo de liderança do enfermeiro a ser adotado com os liderados, deve-se estabelecer a distribuição dos pontos para os estilos em cada nível, conforme quadro a seguir:

**Quadro 2** - Atribuição de postos para estilos de liderança do enfermeiro. Uberaba/MG, 2011.

<b>Estilo de Liderança</b>	<b>Posto desejável</b>
Totalmente desejável	3
Parcialmente desejável	2
Parcialmente indesejável	1
Totalmente indesejável	0

Assim, é possível identificar o estilo de liderança do enfermeiro mais desejável de ser adotado com os seus colaboradores, contemplando ambas as percepções, do líder e do liderado.

### **5.9 Análise dos dados**

Inicialmente, foi construído um banco de dados com as codificações das variáveis de estudo e um dicionário (*codebook*) com a descrição de cada variável. Após a coleta, os dados foram digitados em planilhas eletrônicas, adotando-se a técnica de dupla digitação, com posterior validação. A planilha validada foi importada, empregando-se o aplicativo SPSS - Statistical Package for the Social Science (versão 11.5). A análise do poder estatístico na validação de critério foi realizada empregando-se o aplicativo PASS (Power Analysis and Sample Size), versão 2002. ([www.ncss.com](http://www.ncss.com)).

As medidas de tendência central (média ou mediana), bem como de variabilidade (amplitudes e desvio padrão) foram utilizadas para a apresentação das variáveis quantitativas, utilizando distribuições de frequência e tabelas de contingência para as variáveis categóricas ou qualitativas.

A análise dos dados foi baseada na estatística descritiva, exploratória e de associação, representada pela Matriz de Integração entre Maturidade e Estilo proposta por Hersey e Blanchard (1986).

Para validação de critério, utilizou-se o teste Qui-quadrado e razão de prevalência ao considerar o estilo de liderança uma variável dicotômica (desejável e indesejável); Mann-Whitney, Mediana e Posto médio ao considerar o estilo de liderança uma variável ordinal (totalmente desejável até totalmente indesejável, com as zonas de parcialmente desejável e indesejável); e correlação de Spearman, para quantificar a associação entre variáveis métricas ou quantitativas.

A análise de comparação dos grupos, líderes e liderados, ocorreu por meio do teste Mann-Whitney. Na análise de confiabilidade, teste e re-teste, empregou-se o coeficiente Kappa ponderado para variáveis ordinais e kappa simples para variáveis dicotômicas. Todas as análises inferenciais foram realizadas adotando-se um nível de significância de 5% ( $\alpha=0,05$ ) (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

### **5.10 Aspectos éticos**

Em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, o qual foi avaliado e aprovado nos aspectos éticos e legais, sob o número de protocolo 1793.



Esse capítulo será dividido nas seguintes seções: Validade aparente e de conteúdo; Caracterização dos sujeitos; Análise de itens; Validade de critério e Confiabilidade, por meio do teste e re-teste.

## 6.1 VALIDADE APARENTE E DE CONTEÚDO

O instrumento foi submetido à avaliação de juízes especializados nas atividades assistenciais, nas temáticas de liderança e psicologia, bem como nas questões da informática, pelo fato da proposta de um instrumento informatizado.

As sugestões apresentadas, após as análises dos especialistas, resultaram alterações quantitativas e qualitativas.

- ✓ Aumento do número de atividades assistenciais;
- ✓ Modificação de uma atividade assistencial;
- ✓ Alteração na mensuração da maturidade psicológica;
- ✓ Alteração na redação;
- ✓ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE informatizado

Foram sugeridas modificações pelo grupo de juízes, as quais foram acolhidas. No domínio Cuidados Básicos, foram acrescentadas as atividades assistenciais referentes à eliminação e os procedimentos de instilação nasal e oftálmica, inseridos no domínio medicação. Com relação ao item 2 da etapa 2 do instrumento - Estilo de liderança, a frase “em relação à administração de medicamentos, realizada pelo liderado” foi acrescida a expressão prescrito ao paciente, resultando em “em relação à administração de medicamentos prescritos ao paciente, realizada pelo liderado”.

No item 3, também da etapa 2 do instrumento, “ em relação aos procedimentos invasivos executados pelo liderado no paciente”, a expressão “no paciente” foi excluída.

No domínio orientações, da etapa 3 – Nível de maturidade - havia uma atividade intitulada cuidados domiciliares, sendo alterada para cuidados a serem realizados. O nível de mensuração da disposição frente às atividades assistenciais, na etapa 3 – Nível de Maturidade, foi mensurado por meio da escala Likert, de dois pontos, optando-se por modificar a categoria de ‘geralmente’ para ‘frequentemente’.

Por se tratar de um instrumento eletrônico, foi sugerida a inclusão do consentimento ao final do instrumento.

Nas dimensões do instrumento, buscou-se explorar atividades realizadas pela equipe de enfermagem, relacionadas às especificidades de cada domínio apresentado. Após as modificações realizadas referentes às atividades, obteve-se como parte da versão final do instrumento:

**Cuidados Básicos** - compreende os cuidados relativos à:

- Verificação de sinais vitais
- Higiene
- Conforto
- Segurança
- Alimentação
- Deambulação
- Eliminação

**Administração de medicamentos** - compreende os cuidados relativos à administração de medicação por:

- Via oral
- Intramuscular
- Subcutânea
- Endovenosa
- Nasal
- Oftálmica

**Procedimentos invasivos** - compreende os cuidados relativos à:

- Sondagem vesical
- Sondagem nasogástrica
- Sondagem retal
- Punção venosa
- Aspiração de secreção orotraqueal

**Curativos** – compreende os cuidados relativos a:

- Drenos
- Cateteres
- Incisões cirúrgicas
- Úlceras

**Orientações** – compreende as orientações realizadas ao paciente e família referente a:

- Doença
- Tratamento
- Cuidados a serem realizados

**Anotações de enfermagem** – compreende as anotações realizadas referente ao paciente e ao processo de trabalho

- Anotações

O instrumento, em sua versão final, pode ser visualizado no Apêndice 4.

## 6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

A primeira etapa dos instrumentos é composta por dados gerais sobre os sujeitos investigados.

Participaram desse estudo 92 sujeitos, sendo 46 enfermeiros, intitulados líderes, e 46 auxiliares e técnicos em enfermagem, intitulados liderados.

**Tabela 1** - Distribuição dos líderes e liderados, considerando variáveis demográficas. Uberaba/MG, 2011.

Variáveis	Líder		Liderado	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	41	89,1	37	80,4
Masculino	5	10,9	9	19,6
<b>Faixa etária (em anos)</b>				
21 - 40	33	71,7	26	56,5
41 - 60	10	21,7	19	41,3
≥61	3	6,5	1	2,2

Os resultados apontam a predominância do sexo feminino entre os participantes deste estudo, o que pode ser historicamente explicado pela influência do sistema nightingale, caracterizando a profissão essencialmente feminina (SPINOLA; SANTOS, 2005).

A predominância dos adultos jovens pode estar associada à idade produtiva. A idade média dos líderes foi de 37,07 anos ( $s^1 = 11,38$ ); enquanto os liderados obtiveram média de 39,15 anos ( $s=9,6$ ).

**Tabela 2** - Distribuição dos líderes e liderados, segundo variáveis profissionais. Uberaba/MG, 2011.

Variáveis	Líder		Liderado	
	n	%	n	%
<b>Tempo de profissão (em anos)</b>				
< 1	3	6,5	0	0,0
1   3	5	10,9	7	15,2
3   5	11	23,9	4	8,7
>5	27	58,7	35	76,1
<b>Tempo de trabalho na instituição (em anos)</b>				
< 1	1	2,2	2	4,3
1   3	14	30,4	6	13,0
3   5	9	19,6	9	19,6
>5	22	47,8	29	63,0
<b>Tempo de formado (em anos)</b>				
< 1	0	0,0	0	0,0
1   3	6	13,0	4	8,7
3   5	12	26,1	8	17,4
>5	28	60,9	34	73,9

Com relação ao tempo de profissão, 58,7% dos líderes e 76,1% dos liderados atuavam na enfermagem há mais de cinco anos, com uma média de tempo de profissão, para os líderes, de 9,94 anos ( $s=8,13$ ); e 12,54 anos ( $s=9,46$ ) para os liderados. No que se refere ao tempo de trabalho na instituição, 58,7% dos líderes e 76,1% dos liderados atuavam na instituição em estudo há mais de cinco anos. A média do tempo de trabalho na instituição para os líderes foi de 9,03 anos ( $s=9,43$ ); e para os liderados foi de 9,75 anos ( $s=7,56$ ). Quanto ao tempo de

<sup>1</sup> s – desvio padrão

formação, a maioria dos líderes (60,9%) e dos liderados (73,9%) possuía mais de cinco anos de formados. A média do tempo de formação dos líderes foi de 10,67 anos ( $s=7,85$ ) e dos liderados foi de 11,24 anos ( $s=8,5$ ), como mostrado na tabela 02.

A tabela 03 apresenta variáveis profissionais referente somente aos líderes.

**Tabela 3** - Distribuição dos líderes, considerando as variáveis qualificação profissional, realização de cursos na área de gerenciamento e capacitações em liderança, número de liderados sob supervisão do líder e tempo de atuação do líder com o liderado. Uberaba/MG, 2011.

Variáveis	Líder	
	n	%
<b>Qualificação profissional</b>		
Especialização	32	69,6
Mestrado	2	4,3
Doutorado	0	0,0
<b>Cursos em Gerenciamento/Liderança</b>		
Sim	18	39,1
Não	28	60,9
<b>Nº funcionários sob supervisão</b>		
<5	5	10,9
6 - 10	24	52,2
11 - 15	11	23,9
≥ 16	6	13,0
<b>Tempo de atuação com o liderado (anos)</b>		
< 1	13	28,3
1   3	22	47,8
3   5	7	15,2
>5	4	8,7

No que se refere à qualificação profissional dos líderes, 26,1% eram somente graduados e não possuíam nenhuma qualificação, enquanto quase 70% eram especialistas. Vale destacar, quanto à categoria profissional dos liderados, que 76,1% eram técnicos em enfermagem e, 23,9% auxiliares de enfermagem.

Interessante ressaltar que, no instrumento, o questionamento sobre a realização de cursos na área de gerenciamento e capacitações em liderança foi

indagado de forma separada, porém, coincidentemente neste estudo, apresentaram o mesmo resultado. Quanto ao quantitativo da equipe auxiliar sob supervisão do enfermeiro, 52,2% dos líderes apresentam entre 5 e 10 funcionários na sua equipe, corroborando com a média de funcionários, 10,28 ( $s=4,1$ ).

Algumas variáveis profissionais do líder, como tempo de atuação junto ao liderado, qualificação profissional, capacitação em liderança e realização de cursos na área de gerenciamento, foram considerados como fatores discriminantes para validação do instrumento, uma vez que se entende que tais fatores interferem diretamente no estilo de liderança do enfermeiro.

Pressupõe-se que, quanto maior o tempo de atuação do enfermeiro junto ao colaborador, maior será o seu conhecimento acerca do nível de maturidade deste liderado e, possivelmente, o estilo mais desejável poderá ser adotado. Da mesma forma, espera-se que o enfermeiro possa adotar estilos mais desejáveis quando possui qualificação profissional, realiza ou já realizou capacitações em liderança ou cursos em gerenciamentos. Como, na literatura, não há especificações diretas para mensurar líderes, optou-se por tomar tais variáveis profissionais para realizar a validação de critério.

A teoria situacional de Hersey e Blanchard (1986) afirma que o enfermeiro deve estimular o desenvolvimento da maturidade de seus colaboradores. Nessa perspectiva, é fundamental que o líder atue por um tempo mínimo e suficiente junto ao liderado para que conheça seu trabalho. O líder deve ter habilidade e versatilidade para adotar um estilo de liderança desejável em relação ao nível de maturidade do liderado, frente a uma determinada atividade assistencial. O tempo médio de atuação do líder com o liderado foi de 2,6 anos ( $s=3,0$ ).

## **6.3 ANÁLISE DE ITENS**

### **6.3.1 Estudo Piloto**

A primeira análise a ser descrita refere-se ao estudo piloto, o qual subsidiará a apreciação das propriedades métricas do instrumento.

A etapa piloto foi realizada com quatro pares de sujeitos, compostos por enfermeiro e auxiliar ou técnico em enfermagem, no mês de abril de 2011. É oportuno informar que esses sujeitos foram excluídos da amostra final.

A aplicação do instrumento, durante o teste piloto, demonstrou a necessidade de algumas adaptações no instrumento.

Na etapa 3 – Nível de Maturidade – a determinação do nível de capacidade e disposição se dá por meio de escala Likert, com uma pontuação de um a nove, com os marcadores pouca e muita. Os marcadores e seus respectivos números estavam em ordem decrescente. No momento da coleta de dados, percebeu-se a necessidade de manter ordem crescente para melhor visualização e entendimento dos sujeitos participantes.

Ao realizar a primeira análise dos dados, evidenciou-se a necessidade de um método para determinação do estilo de liderança, pois a análise feita demonstrou opiniões divergentes quanto ao estilo de liderança do enfermeiro, surgindo a necessidade de aprofundar os estudos para determinar qual percepção seria a mais adequada. Esse método foi explicitado no tópico 6 do capítulo Método.

### **6.3.2 Concordância entre os estilos de liderança referidos pelo líder e pelo liderado**

A segunda etapa do instrumento Liderança do Enfermeiro – Avaliação do Líder e Avaliação do Liderado é caracterizada pelo estilo de liderança dos enfermeiros frente às 26 atividades assistenciais, referidos tanto pelo líder quanto pelo liderado.

Para cada atividade assistencial, o líder relatava o estilo de liderança que adotava com o liderado sorteado; enquanto o liderado relatava, para a mesma atividade, o estilo de liderança que o líder adotava com ele. Esses estilos eram retratados por:

E1 → (Estilo 1) "Dá instruções específicas e supervisiona estreitamente o desempenho" - Ao empregar este estilo, o líder define a atividade que o liderado deve fazer, como, quando e onde executá-la. A supervisão é clara e rigorosa.

E2 → (Estilo 2) "Explica suas decisões e dá oportunidade de esclarecimento" - Ao empregar este estilo, o líder oferece explicações sobre a atividade a ser executada. Ouve atentamente o liderado e procura convencê-lo de que a forma proposta para realizar aquela atividade é a mais adequada.

E3 → (Estilo 3) "Compartilha idéias e o processo decisório" - Ao empregar este estilo, líder e liderado participam juntos da tomada de decisão, ou seja, líder e liderado trocam idéias e selecionam alternativas para a resolução de um determinado problema.

E4 → (Estilo 4) "Concede a responsabilidade pelas decisões e pela implantação" - Ao empregar este estilo, o líder pode identificar o problema, mas cabe ao liderado a responsabilidade de desenvolver alternativas para solucioná-lo, ou seja, o liderado decide como, quando e onde fazer as coisas.

Na tabela 4, apresenta-se a análise de itens da comparação entre as diferentes opiniões, do líder e do liderado, quanto ao estilo de liderança adotado pelo enfermeiro para cada atividade assistencial. Teve como finalidade analisar cada atividade assistencial, dentro de seus respectivos domínios.

Para análise dos resultados, foram calculados os valores de Kappa ponderado, considerando a concordância das opiniões, conforme mostrado a seguir:

**Tabela 4 -** Concordância (Kappa ponderado) entre líder e liderado quanto aos estilos de liderança do enfermeiro para as 26 atividades assistenciais. Uberaba/MG, 2011.

	<b>Determinar</b>		<b>Persuadir</b>				<b>Compartilhar</b>				<b>Delegar</b>				<b>Kappa</b>		
	<b>Líder</b>		<b>Liderado</b>		<b>Líder</b>		<b>Liderado</b>		<b>Líder</b>		<b>Liderado</b>		<b>Líder</b>			<b>Liderado</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cuidados básicos</b>																	
Sinais Vitais	9	19,6	4	8,7	7	15,2	3	6,5	4	8,7	10	21,7	26	56,5	29	63,0	0.2082
Higiene	5	10,9	2	4,3	7	15,2	5	10,9	11	23,9	10	21,7	23	50,0	29	63,0	0.243
Conforto	5	10,9	4	8,7	7	15,2	1	2,2	14	30,4	16	34,8	20	43,5	25	54,3	0.1918
Segurança	4	8,7	4	8,7	10	21,7	7	15,2	19	41,3	15	32,6	13	28,3	20	43,5	—*
Alimentação	6	13	5	10,9	9	19,6	7	15,2	10	21,7	10	21,7	21	45,7	24	52,2	0.1724
Deambulação	3	6,5	2	4,3	7	15,2	3	6,5	11	23,9	12	26,1	11	23,9	16	34,8	—
Eliminação	4	8,7	2	4,3	10	21,7	3	6,5	8	17,4	14	30,4	24	52,2	27	58,7	0.0548
<b>Medicação</b>																	
Via Oral	7	15,2	2	4,3	7	15,2	3	6,5	6	13,0	13	28,3	26	56,5	28	60,9	0.1862
Intramuscular	7	15,2	2	4,3	7	15,2	3	6,5	7	15,2	15	32,6	25	54,3	25	54,3	0.1518
Subcutânea	7	15,2	2	4,3	8	17,4	4	8,7	6	13,0	10	21,7	24	52,2	30	65,2	0.1557
Endovenosa	8	17,4	2	4,3	6	13,0	4	8,7	10	21,7	13	28,3	22	47,8	27	58,7	0.1603
Nasal	7	15,2	4	8,7	7	15,2	5	10,9	9	19,6	10	21,7	22	47,8	25	54,3	0.2978
Oftálmica	8	17,4	3	6,5	7	15,2	5	10,9	9	19,6	10	21,7	20	43,5	27	58,7	0.1688
<b>Procedimentos Invasivos</b>																	
Sondagem Vesical	8	17,4	2	4,3	8	17,4	8	17,4	15	32,6	15	32,6	12	26,1	18	39,1	—
Sondagem Nasogástrica	7	15,2	3	6,5	4	8,7	7	15,2	15	32,6	15	32,6	16	34,8	18	39,1	—
Sondagem retal	6	13,0	2	4,3	5	10,9	8	17,4	12	26,1	11	23,9	18	39,1	22	47,8	—
Punção Venosa	6	13,0	2	4,3	4	8,7	3	6,5	14	30,4	15	32,6	22	47,8	26	56,5	—
Aspiração Orotraqueal	7	15,2	3	6,5	6	13,0	6	13,0	19	41,3	14	30,4	14	30,4	23	50,0	0.1633
<b>Curativos</b>																	
Drenos	6	13,0	2	4,3	10	21,7	7	15,2	10	21,7	12	26,1	20	43,5	23	50	0.1069
Cateteres	7	15,2	1	2,2	11	23,9	7	15,2	10	21,7	16	34,8	17	37,0	21	45,7	—
Incisão cirúrgica	6	13,0			10	21,7	9	19,6	14	30,4	16	34,8	15	32,6	20	43,5	—
Úlceras	4	8,7	3	6,5	12	26,1	8	17,4	16	34,8	20	43,5	11	23,9	12	26,1	0.267
<b>Orientações</b>																	
Tratamento	4	8,7	4	8,7	7	15,2	3	6,5	14	30,4	14	30,4	4	8,7	9	19,6	—
Cuidados	5	10,9	2	4,3	5	10,9	3	6,5	18	39,1	17	37,0	8	17,4	21	45,7	0.1745
Doença	5	10,9	3	6,5	5	10,9	5	10,9	11	23,9	9	19,6	1	2,2	5	10,9	0.1515
<b>Anotações de enfermagem</b>																	
Anotações	5	10,9	4	8,7	6	13,0	4	8,7	11	23,9	10	21,7	24	52,2	28	60,9	0.1755

—\* Valor de Kappa não calculável

O kappa ponderado é uma medida estatística utilizada para avaliar a concordância e reprodutibilidade quando as variáveis são ordinais e os resultados podem ser expressos por mais de duas categorias. Esta medida tem como valor mínimo o zero, indicando concordância nula; e o valor máximo de um, representando, concordância absoluta (CALLEGARI-JACQUES, 2003). O quadro abaixo corresponde à escala utilizada com frequência para expressar a força de concordância do Kappa, de acordo com Landis e Koch (1977).

**Quadro 3.** Interpretação dos valores de Kappa.

<b>Coefficiente Kappa</b>	<b>Concordância</b>
0	Insignificante
0.01 - 0.20	Leve/Baixa
0.21-0.40	Regular
0.41-0.60	Moderada
0.61-0.80	Substancial
0.81-0.99	Quase perfeita

**Fonte:** LANDIS, J. R; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, p. 159-74; 1977.

No que se refere ao estilo determinar (E1), a prevalência nas atividades assistenciais proporcionar “segurança” ao paciente e fornecer “orientações” quanto ao tratamento foi semelhante tanto para a percepção do líder quanto do liderado (8,7%); evidenciando que possuem concordância de opiniões quanto a essas atividades. Na percepção do liderado, nenhum enfermeiro adotou o estilo determinar para realização de curativos em incisão cirúrgica. A maior prevalência na percepção do líder foi na aferição de sinais vitais (19,6%); enquanto a menor se deu em deambulação (6,5%). Já, para o liderado, a maior prevalência ocorreu em alimentação (10,9%) e a menor em realização de curativos em cateteres (2,2%).

Quanto ao estilo persuadir (E2), líder e liderado possuem igual porcentagem de concordância em sondagem vesical (17,4%) e em aspiração orotraqueal (13%). A maior prevalência, para o líder, foi quanto à realização de curativos em úlceras (26,1%) e as menores para sondagem nasogátrica e punção venosa (8,7%). Já, para o liderado, a maior foi em curativos na incisão cirúrgica (19,6%) e a menor (2,2%) em proporcionar conforto ao paciente durante a realização de qualquer atividade.

O estilo compartilhar (E3), na percepção do líder apresentou maior prevalência nas atividades segurança e aspiração orotraqueal (41,3%) e menor prevalência em sinais vitais (8,7%). Quanto ao liderado, a maior prevalência foi para curativo em úlceras (43,5%) e a menor em orientações quanto à doença (19,6%). Prevalências similares ocorreram nas atividades sondagens vesical e nasogástrica (32,6%), orientações quanto ao tratamento (30,4%) e alimentação (21,7%), evidenciando ser o estilo que mais apresentou concordância entre as opiniões de líder e liderado.

O estilo delegar (E4) foi o que obteve maiores proporções para líder e liderado. Medicação via intramuscular apresentou a mesma prevalência tanto para porcentagem do líder quanto para do liderado (54,3%). Na percepção do líder, sinais vitais e administração de medicamentos via oral apresentaram as maiores porcentagens (56,5%); já, para o liderado, medicação em via subcutânea obteve maior prevalência (65,2%). Enquanto orientação quanto à doença obteve menor prevalência para líder (2,2%) e liderado (10,9%).

O coeficiente Kappa foi calculado para estimar a concordância entre as diferentes percepções do líder e do liderado quanto aos estilos de liderança do enfermeiro. Os valores de Kappa para as 26 atividades assistenciais referentes ao estilo de liderança do enfermeiro indicaram uma concordância leve ou regular. Os maiores valores apresentados para o coeficiente foram nas atividades assistenciais de administração de medicamentos via nasal ( $K=0,298$ ); realização de curativo em úlceras ( $K=0,267$ ) e proporcionar conforto ao paciente ( $K=0,243$ ).

A tabela 5, a seguir, apresenta as perdas referentes ao estilo de liderança do enfermeiro para as atividades assistenciais, as quais líder e liderado relataram não serem realizadas:

**Tabela 5** - Distribuição de atividades assistenciais cujos estilos de liderança referidos por líder e liderado resultaram em não execução (não se aplica) da referida atividade. Uberaba/MG, 2011.

	<b>Líder</b>		<b>Liderado</b>	
	<b>Não se aplica (-66)</b>		<b>Não se aplica (-66)</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cuidados básicos</b>				
Deambulação	14	30,4	13	28,3
<b>Medicação</b>				
Intramuscular			1	2,2
Subcutânea	1	2,2		
Nasal	1	2,2	2	4,3
Oftálmica	2	4,3	1	2,2
<b>Procedimentos Invasivos</b>				
Sondagem Vesical	3	6,5	3	6,5
Sondagem Nasogástrica	4	8,7	3	6,5
Sondagem retal	5	10,9	3	6,5
<b>Curativos</b>				
Drenos			2	4,3
Cateteres	1	2,2	1	2,2
Incisão cirúrgica	1	2,2	1	2,2
Úlceras	3	6,5	3	6,5
<b>Orientações</b>				
Tratamento	17	37,0	16	34,8
Cuidados	10	21,7	3	6,5
Doença	24	52,2	24	52,2

A tabela evidencia uma porcentagem elevada de perda, isto é, o enfermeiro afirma não adotar nenhum estilo de liderança uma vez que seu técnico ou auxiliar sorteado não executa tal atividade; ao mesmo tempo, o liderado afirma que não há estilo de liderança para o enfermeiro adotar com ele, pelo fato de não realizar tal atividade.

Pode ser observada uma discordância entre líder e liderado, quanto à execução de determinadas atividades assistenciais, o que implica diretamente no estilo de liderança e no valor do Kappa. Esses dados merecem uma reflexão mais aprofundada, uma vez que podem sugerir uma incoerência nas funções da equipe de enfermagem e na realização das atividades inerentes ao exercício da profissão, comprometendo a qualidade da assistência prestada.

Vale ressaltar que a análise da tabela acima foi baseada somente nos estilos de liderança referidos pelo líder (estilo de liderança adotado com o liderado, referido pelo líder) e pelo liderado (estilo de liderança do enfermeiro adotado com o liderado, referido pelo liderado); caracterizados pela segunda etapa do instrumento Liderança do Enfermeiro – avaliação do líder e do liderado.

### **6.3.3 Concordância entre estilos de liderança referidos pela auto e heteropercepção**

Outra análise realizada sobre o estilo de liderança do enfermeiro foi considerando o nível de maturidade dos liderados, pautados na Matriz de Integração.

O coeficiente Kappa, novamente, foi calculado para estimar a concordância dos estilos de liderança do enfermeiro, porém baseados na Autopercepção (consideração do líder) e na Heteropercepção (consideração do líder e do liderado - conforme explicitados pormenores na seção 6.8 do capítulo Método).

A seguir a tabela:

**Tabela 6 -** Concordância (Kappa ponderado) entre auto e heteropercepção quanto aos estilos de liderança do enfermeiro para as 26 atividades assistenciais. Uberaba/MG, 2011.

	<b>Desejável</b>		<b>Parcialmente Desejável</b>		<b>Parcialmente Indesejável</b>		<b>Indesejável</b>		<b>Kappa</b>								
	<b>Auto</b>		<b>Hetero</b>		<b>Auto</b>		<b>Hetero</b>										
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>									
<b>Cuidados básicos</b>																	
Sinais Vitais	28	60,9	30	65,2	5	10,9	9	19,6	5	10,9	3	6,5	8	17,4	4	8,7	0.1689
Higiene	25	54,3	27	58,7	11	23,9	13	28,3	5	10,9	4	8,7	5	10,9	2	4,3	0.3194
Conforto	20	43,5	25	54,3	16	34,8	15	32,6	5	10,9	2	4,3	5	10,9	4	8,7	0.2408
Segurança	18	39,1	21	45,7	19	41,3	17	37,0	5	10,9	4	8,7	4	8,7	4	8,7	—*
Alimentação	22	47,8	21	45,7	13	28,3	15	32,6	5	10,9	4	8,7	6	13,0	6	13,0	0.1526
Deambulação	14	30,4	12	26,1	10	21,7	11	23,9	4	8,7	1	2,2	3	6,5	3	6,5	0.0636
Eliminação	25	54,3	27	58,7	10	21,7	14	30,4	7	15,2	3	6,5	4	8,7	2	4,3	0.0934
<b>Medicação</b>																	
Via Oral	26	56,5	28	60,9	10	21,7	13	28,3	4	8,7	3	6,5	6	13,0	2	4,3	0.2263
Intramuscular	26	56,5	25	54,3	7	15,2	15	32,6	6	13,0	3	6,5	7	15,2	2	4,3	0.1346
Subcutânea	26	56,5	31	67,4	7	15,2	9	19,6	5	10,9	3	6,5	7	15,2	2	4,3	0.157
Endovenosa	23	50,0	27	58,7	10	21,7	13	28,3	5	10,9	4	8,7	8	17,4	2	4,3	0.186
Nasal	24	52,2	25	54,3	10	21,7	12	26,1	4	8,7	2	4,3	7	15,2	4	8,7	0.223
Oftálmica	23	50,0	23	50,0	8	17,4	14	30,4	5	10,9	3	6,5	8	17,4	3	6,5	0.1653
<b>Procedimentos Invasivos</b>																	
Sondagem Vesical	15	32,6	19	41,3	13	28,3	15	32,6	7	15,2	5	10,9	8	17,4	2	4,3	—
Sondagem Nasogástrica	19	41,3	19	41,3	14	30,4	13	28,3	3	6,5	6	13,0	6	13,0	2	4,3	—
Sondagem retal	22	47,8	20	43,5	9	19,6	11	23,9	2	4,3	5	10,9	6	13,0	2	4,3	—
Punção Venosa	25	54,3	26	56,5	11	23,9	15	32,6	4	8,7	3	6,5	6	13,0	2	4,3	—
Aspiração Orotraqueal	18	39,1	24	52,2	18	39,1	15	32,6	4	8,7	4	8,7	6	13,0	3	6,5	0.2069
<b>Curativos</b>																	
Drenos	23	50,0	19	41,3	11	23,9	19	41,3	6	13,0	4	8,7	6	13,0	2	4,3	0.1658
Cateteres	20	43,5	21	45,7	10	21,7	17	37,0	9	19,6	4	8,7	6	13,0	2	4,3	0.0591
Incisão cirúrgica	17	37,0	18	39,1	16	34,8	18	39,1	7	15,2	7	15,2	5	10,9	2	4,3	0.0355
Úlceras	17	37,0	14	30,4	15	32,6	17	37,0	7	15,2	7	15,2	4	8,7	3	6,5	0.3002
<b>Orientações</b>																	
Tratamento	12	26,1	7	15,2	12	26,1	7	15,2	4	8,7	1	2,2	1	2,2	5	10,9	0.1284
Cuidados	12	26,1	16	34,8	16	34,8	13	28,3	4	8,7	3	6,5	4	8,7	3	6,5	0.2467
Doença	7	15,2	7	15,2	8	17,4	3	6,5	3	6,5	2	4,3	3	6,5	1	2,2	0.2778
<b>Anotações de enfermagem</b>																	
Anotações	27	58,7	24	52,2	9	19,6	15	32,6	5	10,9	2	4,3	5	10,9	5	10,9	0.2122

—\* Valor de Kappa não calculável

Os dados da tabela 06 evidenciam as proporções de liderança desejável e indesejável, incluindo as categorias intermediárias para as 26 atividades assistenciais.

As 26 atividades assistenciais obtiveram, no geral, as maiores proporções no nível totalmente desejável e, as menores, no nível totalmente indesejável, evidenciando que o estilo de liderança do enfermeiro desejável prevalece sobre o indesejável.

As maiores proporções no nível desejável foram sinais vitais (60,9%) e anotações de enfermagem (58,7%) para autopercepção; enquanto que para heteropercepção, foram medicação via subcutânea (67,4%) e sinais vitais (65,2%). Já as menores proporções (2,2%), no nível indesejável, ocorreram no domínio orientações quanto ao tratamento na autopercepção; já na heteropercepção, foram deambulação, tratamento e doença.

Embora as proporções de desejável tenham sido as maiores para todas as 26 atividades assistenciais, os coeficientes Kappa indicaram concordância baixa (leve e regular) entre a auto e a heteropercepção. Alguns valores de Kappa não puderam ser calculados devido à grande proporção de categorias com prevalência nula, isto é, a tabela de contingência apresentou muitos zeros.

**Tabela 7:** Distribuição de atividades assistenciais cujos estilos de liderança referidos pela auto e heteropercepção resultaram em discordância e/ou não execução da referida atividade. Uberaba/MG, 2011.

	Autopercepção				Heteropercepção			
	Discordância		Não se aplica		Discordância		Não se aplica	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Cuidados básicos</b>								
Deambulação	1	2,2	14	30,4	10	21,7	9	19,6
<b>Medicação</b>								
Intramuscular					1	2,2		
Subcutânea			1	2,2	1	2,2		
Nasal			1	2,2	3	6,5		
Oftálmica			2	4,3	3	6,5		
<b>Procedimentos Invasivos</b>								
Sondagem Vesical			3	6,5	4	8,7	1	2,2
Sondagem Nasogástrica	1	2,2	3	6,5	6	13,0		
Sondagem retal	2	4,3	5	10,9	6	13,0	2	4,3
<b>Curativos</b>								
Drenos					2	4,3		
Cateteres			1	2,2	2	4,3		
Incisão cirúrgica	1	2,2			1	2,2		
Úlceras			3	6,5	4	8,7	1	2,2
<b>Orientações</b>								
Tratamento			17	37,0	19	41,3	7	15,2
Cuidados			10	21,7	9	19,6	2	4,3
Doença	2	4,3	23	50,0	18	39,1	15	32,6

Quanto às perdas, faz-se necessário fazer uma diferenciação entre não se aplica e discordância. Não se aplica faz menção a não execução da tarefa pelo liderado, independentemente se relatado pelo líder ou pelo próprio liderado. A discordância se refere às opiniões divergentes do líder e liderado, na autopercepção e na heteropercepção – líder e liderado – diante de uma mesma atividade assistencial.

Deambulação (21,7%), orientações referentes ao tratamento (41,3%) e à doença (39,1%) apresentaram as maiores proporções de discordância na “heteropercepção”. As mesmas atividades, na autopercepção, apresentaram as maiores proporções, respectivamente, 30,4; 37,0 e 50,0%.

Ao refletir sobre as respostas do líder e do liderado, é evidente uma discrepância de opiniões. A discordância da autopercepção ocorreu quando o líder relatou que não adotava nenhum estilo de liderança com o liderado pelo fato de ele não realizar a atividade; porém, ao ser indagado sobre o nível de maturidade do liderado referente à realização da mesma atividade, atribuiu valores à maturidade. Óbvia é a discordância existente, pois se o liderado não realiza determinada atividade, o líder não pode julgar sua maturidade, uma vez que para julgá-la, deve

conhecer a disposição e a capacidade do liderado para realizá-la. Outra forma de discordância na autopercepção ocorreu de modo contrário. O líder relatou adotar um estilo de liderança com o liderado para uma determinada atividade assistencial, porém, ao ser indagado sobre o nível de maturidade do liderado referente à realização da mesma atividade, não atribuiu valores, alegando que o mesmo não executa a atividade. A discordância está implícita no fato de que não há como adotar um estilo de liderança para uma atividade que não é realizada.

Já a discordância da heteropercepção se deu na seguinte ocasião: ao se questionar o liderado sobre qual o estilo de liderança que o enfermeiro adota para uma atividade assistencial, o liderado afirma que não há estilo para ser adotado, uma vez que não realiza determinada atividade. Em contrapartida, questionando-se o líder sobre qual o nível de maturidade do liderado diante da realização dessa mesma atividade, o líder descreve numericamente a maturidade do liderado, a qual resulta em um estilo de liderança mais apropriado para o nível de maturidade do liderado. O líder determina o nível de maturidade do liderado sorteado em relação a uma atividade assistencial; entretanto, o próprio liderado afirma não ser adotado nenhum estilo pelo fato de ele não realizar essa atividade. A discordância, novamente, é clara, pois, se o liderado não executa a atividade, o líder não tem parâmetros para julgar sua maturidade.

O enfermeiro é responsável pelo profissional de enfermagem de nível técnico, exercendo tal função por meio da coordenação, liderança, supervisão e avaliação da equipe. Contudo, o trabalho do enfermeiro na área hospitalar tem sido caracterizado por desvios em sua atuação, ao realizar atividades que não lhe competem, pelo excesso de atividades administrativas de caráter burocrático, levando-o, muitas vezes, ao não gerenciamento da equipe e ao distanciamento do seu principal foco de trabalho: a assistência ao cliente (PRESOTTO, 2010; COSTA; SHIMIZU, 2005).

A discordância de opiniões entre enfermeiros e pessoal auxiliar denota falta de conhecimento do enfermeiro sobre as atividades realizadas e desempenho da sua equipe, demonstrando o não conhecimento sobre o trabalho da enfermagem, o que implica diretamente na qualidade da assistência, a qual pode estar sendo realizada por funcionários não capacitados e sem a supervisão devida.

## 6.4 Validade

Nesta seção, será discutida a validade de critério do instrumento proposto.

A Liderança Situacional permite ao líder empreender um ciclo de desenvolvimento ou de crescimento, no qual ele assume a responsabilidade de estimular a maturidade de seus liderados. Primeiramente, é necessário identificar o nível atual de maturidade do liderado em um aspecto determinado do trabalho, o qual irá nortear o processo de desenvolvimento (HERSEY; BLANCHARD, 1986).

A maturidade é um fator de graduação dentro de quatro níveis: baixo – M1; baixo a moderado – M2; moderado a alto – M3; alto – M4. O conhecimento desses níveis de maturidade implica o estilo de liderança a ser adotado. Entretanto, não há melhor ou pior estilo de liderança; há estilos que possuem maior probabilidade de sucesso em um grau decrescente de ser desejável (HERSEY; BLANCHARD, 1986).

É fundamental que o líder tenha versatilidade para adotar o estilo de liderança compatível ao grau de maturidade do liderado, sendo capaz de caminhar entre os quatro estilos: determinar, persuadir, compartilhar e delegar. Adotar com o liderado o estilo delegar não implica que não se possa haver necessidade de regressar para persuadir, caso seu ciclo de desenvolvimento sofra um processo de regressão. O líder deve ter sensibilidade para reconhecer quedas no processo de maturidade e intervir com estratégias que desenvolvam sua equipe (HERSEY; BLANCHARD, 1986).

Pelo exposto, entende-se que não há um único estilo de liderança adequado. Há estilos mais e menos desejáveis de serem adotados, conforme a situação vivenciada. Essa possibilidade de adotar mais de um estilo que oferece probabilidade de sucesso implica a característica da variável, a qual se torna ordinal e demanda a realização de testes não paramétricos.

Nessa seção de validade, correlacionaram-se os escores de liderança do instrumento proposto com critérios pré-estabelecidos envolvendo variáveis do líder. São eles:

- ✓ Qualificação profissional;
- ✓ Tempo de atuação do líder com o liderado;
- ✓ Capacitação em liderança;
- ✓ Realização de cursos na área de gerenciamento.

Para o alcance dessa validação, foi empregado o teste de Mann-Whitney, o uso da mediana e do posto médio.

O teste de Mann-Whitney é utilizado para comparar tendências centrais de duas amostras independentes, quando a variável de interesse tem distribuição subjacente contínua. A mediana é o valor em um conjunto de valores, dispostos de forma ordinal, que divide a série em dois subgrupos de igual tamanho. O posto médio é a média dos postos ocupados pelos indivíduos da amostra (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

As tabelas 8 e 9, a seguir, evidenciam a relação das variáveis com os estilos de liderança, objetivando a validação de critério por meio da discriminação do melhor estilo de liderança com cada uma das variáveis, considerando as atividades assistenciais.

**Tabela 8** - Validação de critério do estilo de liderança adotado para cada uma das atividades assistenciais, considerando qualificação profissional e tempo de atuação entre líder e liderado. Uberaba/MG, 2011.

	Qualificação					Tempo de atuação					
	Sim		Não		p	<6m		≥6m		p	
	Mediana	Posto Médio	Mediana	Posto Médio		Mediana	Posto Médio	Mediana	Posto Médio		
<b>Cuidados básicos</b>											
Geral	2,0	23,06	2,0	24,75	0,67	3,0	32,50	2,0	22,87	0,18	
Sinais Vitais	3,0	22,40	3,0	26,63	0,26	3,0	31,50	3,0	22,94	0,20	
Higiene	3,0	22,16	3,0	27,29	0,19	3,0	33,00	3,0	22,84	0,15	
Conforto	3,0	23,57	2,5	23,29	0,94	3,0	27,33	3,0	23,23	0,56	
Segurança	2,0	23,74	2,0	22,83	0,82	3,0	29,67	2,0	23,07	0,37	
Alimentação	2,0	23,12	2,5	24,58	0,72	3,0	30,00	2,0	23,05	0,35	
Deambulação	2,0	14,38	2,0	12,93	0,65	3,0	21,50	2,0	13,71	0,29	
Eliminação	3,0	24,59	2,5	20,42	0,29	3,0	26,17	3,0	23,31	0,68	
<b>Medicação</b>											
Geral	3,0	24,56	2,0	20,50	0,31	3,0	26,50	3,0	23,29	0,65	
Via Oral	3,0	22,37	3,0	26,71	0,26	3,0	32,50	3,0	22,87	0,16	
Intramuscular	3,0	22,97	3,0	23,09	0,97	3,0	33,00	3,0	22,29	0,12	
Subcutânea	3,0	22,68	3,0	24,00	0,72	3,0	30,00	3,0	22,50	0,24	
Endovenosa	3,0	23,59	3,0	23,25	0,93	3,0	33,00	3,0	22,84	0,15	
Nasal	3,0	23,56	2,0	17,96	0,13	3,0	24,83	3,0	21,79	0,64	
Oftálmica	3,0	21,73	3,0	22,90	0,77	3,0	32,00	3,0	21,51	0,20	
<b>Procedimentos Invasivos</b>											
Geral	2,0	24,62	2,0	20,33	0,30	2,0	25,83	2,0	23,34	0,73	
Sondagem Vesical	2,0	21,16	2,5	20,50	0,86	2,0	17,33	2,0	21,29	0,55	
Sondagem Nasogástrica	3,0	22,13	2,0	15,60	0,09	2,0	17,17	2,0	20,77	0,57	
Sondagem retal	3,0	20,46	2,0	16,80	0,32	3,0	20,67	3,0	19,40	0,83	
Punção Venosa	3,0	23,00	3,0	24,96	0,62	3,0	33,50	3,0	22,80	0,13	
Aspiração Orotraqueal	3,0	24,50	2,0	20,71	0,35	3,0	28,00	3,0	23,19	0,50	
<b>Curativos</b>											
Geral	2,0	21,68	3,0	27,09	0,19	3,0	37,00	2,0	22,00	0,03	
Drenos	2,0	22,14	2,0	23,59	0,72	3,0	35,00	2,0	21,59	0,05	
Cateteres	2,0	21,86	3,0	24,41	0,53	3,0	27,67	2,0	22,12	0,42	
Incisão cirúrgica	2,0	21,62	3,0	27,27	0,18	3,0	36,50	2,0	22,04	0,04	
Úlceras	2,0	20,03	2,0	24,00	0,33	3,0	29,33	2,0	20,34	0,18	
<b>Orientações</b>											
Geral	1,0	17,81	1,0	18,41	0,86	3,0	33,50	1,0	17,54	0,08	
Tratamento	2,0	9,69	3,0	12,00	0,38	3,0	17,00	2,0	10,16	0,23	
Cuidados	2,0	18,52	2,0	16,86	0,63	3,0	27,50	2,0	17,72	0,30	
Doença	3,0	7,29	2,5	6,67	0,75	3,0	10,00	2,5	6,75	0,38	
<b>Anotações de enfermagem</b>			2,5								
Anotações	3,0	23,41	2,5	23,75	0,93	3,0	28,00	3,0	23,19	0,50	
<b>Escore geral</b>	2,0	23,62	2,0	23,17	0,90	2,0	29,50	2,0	23,08	0,33	

Ao analisar a tabela 8, espera-se que a existência de qualificação profissional e maior tempo de atuação do líder junto ao liderado impliquem em um desejável estilo de liderança, representado pelos maiores valores do posto médio.

Quanto à qualificação profissional, as atividades assistenciais conforto; segurança; deambulação; eliminação; medicação endovenosa e nasal; sondagem vesical, nasogástrica e retal; aspiração orotraqueal; orientações quanto aos cuidados e à doença, apresentaram maiores valores para existência de qualificação quando comparada à ausência da qualificação. O domínio curativo demonstrou o inverso do esperado, a não qualificação apresentou maiores valores quando comparada a existência de qualificação por parte dos líderes. Estatisticamente, não houve diferenças significativas em nenhuma atividade assistencial, porém descritivamente o escore geral se apresentou maior na presença da qualificação, evidenciando que quando o líder se qualifica tem maior probabilidade de adotar o estilo de liderança de maior sucesso.

Já, no que se refere ao tempo de atuação do líder junto ao liderado, somente as atividades sondagem vesical e nasogástrica apresentaram maiores valores para um tempo maior ou igual há seis meses. Em todas as outras 24 atividades assistenciais e os escores de todos os domínios, inclusive o geral, os valores foram maiores para um tempo de atuação menor que seis meses, demonstrando uma diferença estatisticamente significativa apenas no domínio curativo. Os resultados evidenciam o inverso de o esperado, denotando que o tempo de atuação não se constitui como um bom critério de validação.

Em contrapartida, há uma discussão que merece ser levantada. O tempo de atuação inferior a seis meses pode ter apresentado maiores valores, sugerindo estilos mais desejáveis, pelo fato de o líder estar mais próximo do liderado, partindo do pressuposto de que o mesmo não conhece a dinâmica de trabalho. Por outro lado, líderes que possuem maior tempo de trabalho junto aos liderados, podem não acompanhá-los de forma tão próxima, por acreditarem que os liderados já sabem o que devem fazer. Esse distanciamento pode implicar no desconhecimento das atividades realizadas pelo colaborador, assim como do preparo para a função, gerando a discordância de opiniões quanto às atividades realizadas, conforme demonstrado na seção de Análise de Itens.

A seguir, tabela 9:

**Tabela 9** - Validação de critério do estilo de liderança adotado para cada uma das atividades assistenciais, considerando capacitação em liderança e realização de curso na área de gerenciamento. Uberaba/MG, 2011.

	Liderança					Gerenciamento				
	Sim		Não		p	Sim		Não		p
	Mediana	Posto Médio	Mediana	Posto Médio		Mediana	Posto Médio	Mediana	Posto Médio	
<b>Cuidados básicos</b>										
Geral	2,0	22,67	2,0	24,04	0,71	2,0	19,50	2,0	20,28	0,82
Sinais Vitais	3,0	23,08	3,0	23,77	0,84	3,0	25,22	3,0	22,39	0,41
Higiene	2,0	20,31	3,0	25,55	0,14	2,0	20,94	3,0	25,14	0,24
Conforto	2,0	21,14	3,0	25,02	0,28	2,0	21,78	3,0	24,61	0,44
Segurança	2,5	23,94	2,0	23,21	0,84	3,0	25,58	2,0	22,16	0,36
Alimentação	2,0	22,81	2,0	23,95	0,76	2,0	21,81	2,5	24,59	0,46
Deambulação	3,0	14,27	2,0	13,81	0,87	3,0	16,02	2,0	12,37	0,19
Eliminação	3,0	22,94	3,0	23,86	0,79	3,0	25,69	3,0	22,09	0,31
<b>Medicação</b>										
Geral	3,0	27,06	2,0	21,21	0,10	3,0	27,67	2,0	20,82	0,05
Via Oral	3,0	24,64	3,0	22,77	0,59	3,0	25,22	3,0	22,39	0,42
Intramuscular	3,0	22,47	3,0	23,35	0,80	3,0	23,11	3,0	22,93	0,95
Subcutânea	3,0	24,75	3,0	21,83	0,37	3,0	25,22	3,0	21,52	0,25
Endovenosa	3,0	25,86	2,5	21,98	0,27	3,0	26,97	2,5	21,27	0,11
Nasal	3,0	25,84	2,0	19,72	0,08	3,0	25,94	2,0	19,67	0,07
Oftálmica	3,0	23,22	2,0	21,12	0,54	3,0	24,33	2,0	20,32	0,25
<b>Procedimentos Invasivos</b>										
Geral	2,0	26,17	2,0	21,79	0,24	2,5	28,22	2,0	20,46	0,03
Sondagem Vesical	2,0	20,69	2,0	21,24	0,87	2,0	21,44	2,0	20,65	0,82
Sondagem Nasogástrica	3,0	21,56	2,0	19,72	0,59	3,0	23,81	2,0	18,29	0,11
Sondagem retal	3,0	20,00	2,5	19,14	0,79	3,0	22,66	2,0	17,20	0,10
Punção Venosa	3,0	25,67	2,5	22,11	0,32	3,0	24,53	3,0	22,84	0,63
Aspiração Orotraqueal	3,0	26,03	2,0	21,88	0,25	3,0	28,36	2,0	20,38	0,03
<b>Curativos</b>										
Geral	2,0	21,72	2,0	23,85	0,56	2,0	24,61	2,0	21,93	0,46
Drenos	2,0	22,11	2,0	22,77	0,85	2,0	22,75	2,0	22,33	0,90
Cateteres	2,5	23,17	2,0	22,04	0,75	3,0	26,18	2,0	20,19	0,09
Incisão cirúrgica	2,0	21,17	2,0	24,22	0,41	2,0	21,86	2,0	23,76	0,61
Úlceras	2,0	18,94	2,0	22,46	0,32	2,0	21,76	2,0	20,46	0,71
<b>Orientações</b>										
Geral	1,0	18,54	1,0	17,64	0,77	1,0	20,88	1,0	16,30	0,14
Tratamento	2,0	9,13	2,0	11,42	0,37	2,0	10,00	2,0	10,83	0,74
Cuidados	3,0	19,93	2,0	16,71	0,32	3,0	20,19	2,0	16,70	0,29
Doença	3,0	7,20	2,5	6,88	0,87	3,0	7,67	2,0	6,43	0,53
<b>Anotações de enfermagem</b>										
Anotações	2,0	21,86	3,0	24,55	0,46	2,0	22,53	3,0	24,13	0,66
<b>Escore geral</b>	2,0	24,19	2,0	23,05	0,73	2,0	25,22	2,0	22,39	0,40

Ao analisar a tabela 9, espera-se que a realização de cursos na área de gerenciamento e capacitações em liderança implique um melhor estilo de liderança, representado pelos maiores valores do posto médio.

Quanto à capacitação em liderança, as atividades assistenciais segurança; deambulação; medicação via oral, subcutânea, endovenosa, nasal e oftálmica; sondagem nasogástrica e retal; punção venosa; aspiração orotraqueal; curativo em cateteres; orientações quanto aos cuidados e à doença, apresentaram maiores valores para realização de capacitações em liderança quando comparada à ausência da capacitação. Os escores gerais dos domínios cuidados básicos, curativos e anotações demonstraram o inverso de o esperado, a não capacitação em liderança apresentou maiores valores. Estatisticamente, não houve diferenças significativas em nenhuma atividade assistencial, porém descritivamente o escore geral se apresentou maior na presença de capacitação, evidenciando que, quando os líderes realizam capacitações em liderança, tem maior probabilidade de desenvolver o estilo de liderança mais desejável.

Quando comparada à realização e não realização de cursos em gerenciamento, 19 atividades assistenciais obtiveram maiores postos médios quando a resposta era positiva; exceto higiene, conforto, alimentação, curativo em incisão cirúrgica, orientações quanto ao tratamento e anotações de enfermagem.

O domínio cuidados básicos apresentou valores inversos ao esperado. Os domínios assistenciais medicações, procedimentos invasivos, curativos, orientações e o geral obtiveram maiores valores quando presença de cursos em gerenciamento, sendo que houve diferença estatisticamente significativa para os dois primeiros domínios, respectivamente, ( $PM=27,67$ ;  $p=0,05$ ) e ( $PM=28,22$ ;  $p=0,03$ ). Essa diferença estatisticamente significativa evidencia que os líderes apresentam estilos de liderança mais desejáveis quando realizam cursos em gerenciamento. Já, nos outros domínios que apresentaram maiores valores descritivamente, os líderes possuem maior probabilidade de desenvolver o estilo de liderança mais desejável.

Na tentativa de melhorar o poder discriminativo do instrumento, a variável dependente foi dicotomizada, considerando cada domínio assistencial. Os estilos de liderança totalmente e parcialmente desejável passaram à desejável; e os estilos totalmente e parcialmente indesejáveis foram aglutinados em indesejável.

A dicotomização da variável apresenta a prevalência dos estilos adotados para cada um dos critérios - capacitações em liderança, realização de cursos na área de gerenciamento, qualificação profissional e tempo de atuação do líder junto ao liderado, por meio da razão de prevalência (RP) e seu intervalo de confiança (IC), considerando  $RP > 1$ ; e do Qui-Quadrado, representado pelo p ( $<0,05$ ). As tabelas 10 a 16 evidenciam a validade, considerando a liderança dicotomizada.

**Tabela 10** - Validação de critério do estilo de liderança dicotomizado adotado para o domínio cuidados básicos, considerando capacitação em liderança, realização de curso na área de gerenciamento, qualificação profissional e tempo de atuação do líder junto ao liderado. Uberaba/MG, 2011.

		Cuidados Básicos				RP (IC)	p
		Desejável		Indesejável			
		n	%	n	%		
<b>Liderança</b>	Sim	14	77,8	4	22,2	0,87 (0,66 - 1,15)	0,41
	Não	25	89,3	3	10,7		
<b>Gerenciamento</b>	Sim	15	83,3	3	16,7	0,97 (0,75 - 1,26)	1,00
	Não	24	85,7	4	14,3		
<b>Qualificação</b>	Sim	28	82,4	6	17,6	0,89 (0,71 - 1,13)	0,66
	Não	11	91,7	1	8,3		
<b>Tempo de atuação</b>	<6m	3	100,0	0	0,0	1,19 (1,04 - 1,36)	1,00
	≥6m	36	83,7	7	16,3		

RP - Razão de Prevalência

IC - Intervalo de Confiança de 95%

p - Teste Exato de Fisher

Não houve diferença estatística em nenhum critério para detectar o poder discriminativo desses em relação ao estilo de liderança. Descritivamente, os dados evidenciaram a maior prevalência da liderança desejável em relação à liderança indesejável, em todos os critérios analisados.

**Tabela 11** - Validação de critério do estilo de liderança dicotomizado adotado para o domínio medicações, considerando capacitação em liderança, realização de curso na área de gerenciamento, qualificação profissional e tempo de atuação do líder junto ao liderado. Uberaba/MG, 2011.

		Medicações				RP (IC)	p
		Desejável		Indesejável			
		n	%	n	%		
<b>Liderança</b>	Sim	17	94,4	1	5,6	1,06 (0,89 - 1,25)	1,00
	Não	25	89,3	3	10,7		
<b>Gerenciamento</b>	Sim	18	100,0	0	0,0	1,17 (1,00 - 1,36)	0,14
	Não	24	85,7	4	14,3		
<b>Qualificação</b>	Sim	31	91,2	3	8,8	0,99 (0,81 - 1,21)	1,00
	Não	11	91,7	1	8,3		
<b>Tempo de atuação</b>	<6m	3	100,0	0	0,0	1,10 (1,00 - 1,21)	1,00
	≥6m	39	90,7	4	9,3		

RP - Razão de Prevalência

IC - Intervalo de Confiança de 95%

p - Teste Exato de Fisher

No que se refere ao domínio medicação, os critérios realizar capacitações em liderança (RP=1,06) e cursos em gerenciamento (RP=1,17) apresentaram poder discriminativo para uma liderança desejável, isto é, a prevalência de liderança desejável é maior quando o líder realiza capacitações em liderança ou cursos na área de gerenciamento. Entretanto, não houve diferença estatística, uma vez que nenhum dos valores apresentou  $p < 0,05$ . Possuir qualificação profissional (RP=0,99) e o tempo de atuação do líder junto ao liderado (RP=1,10) obteve poder discriminativo inverso ao esperado.

**Tabela 12** - Validação de critério do estilo de liderança dicotomizado adotado para o domínio procedimentos invasivos, considerando capacitação em liderança, realização de curso na área de gerenciamento, qualificação profissional e tempo de atuação do líder junto ao liderado. Uberaba/MG, 2011.

		Procedimentos Invasivos				RP (IC)	p
		Desejável		Indesejável			
		n	%	n	%		
<b>Liderança</b>	Sim	16	88,9	2	11,1	1,13 (0,88 - 1,46)	0,45
	Não	22	78,6	6	21,4		
<b>Gerenciamento</b>	Sim	17	94,4	1	5,6	1,26 (0,99 - 1,60)	0,12
	Não	21	75,0	7	25,0		
<b>Qualificação</b>	Sim	28	82,4	6	17,6	0,98 (0,73 - 1,33)	1,00
	Não	10	83,3	2	16,7		
<b>Tempo de atuação</b>	<6m	3	100,0	0	0,0	1,22 (1,07 - 1,41)	1,00
	≥6m	35	81,4	8	18,6		

RP - Razão de Prevalência

IC - Intervalo de Confiança de 95%

p - Teste Exato de Fisher

Os critérios realizar capacitações em liderança (RP=1,13) e cursos em gerenciamento (RP=1,26), no domínio procedimentos invasivos, apresentou poder discriminativo para uma liderança desejável, porém não houve diferença estatística. Qualificação profissional (RP=0,98) e tempo de atuação do líder junto ao liderado (RP=1,22) obtiveram poder discriminativo inverso ao esperado, em não possuir qualificação e um tempo de atuação menor que seis meses.

Considerando Gerenciamento como o critério mais importante para Procedimentos Invasivos, a análise do poder *a posteriori* revelou que grupos de tamanho 18 (sim) e 28 (não) atingiram um poder estatístico de apenas 22,8% para detectar uma diferença de 19,4% (94,4 – 75,0) entre os grupos que realizaram ou não cursos de gerenciamento, para um teste qui-quadrado bilateral com correção de continuidade, considerando um nível de significância de 0,05. Mantendo-se esta mesma razão de tamanhos entre os grupos ( $28/18 = 1,55$ ), para que se atingisse um poder minimamente desejável de 80%, para as mesmas prevalências de liderança entre os grupos (94,4 e 75,9), seriam necessários pelo menos 54 (sim) e 84 (não) indivíduos, respectivamente, com e sem curso de gerenciamento. Ou seja, a diferença estatística, para um nível de significância de 0,05, seria alcançada somente com um tamanho amostral, pelo menos, 3 vezes maior.

**Tabela 13** - Validação de critério do estilo de liderança dicotomizado adotado para o domínio curativos, considerando capacitação em liderança, realização de

curso na área de gerenciamento, qualificação profissional e tempo de atuação do líder junto ao liderado. Uberaba/MG, 2011.

		Curativos				RP (IC)	p
		Desejável		Indesejável			
		n	%	n	%		
<b>Liderança</b>	Sim	16	88,9	2	11,1	1,09 (0,86 - 1,39)	0,68
	Não	22	81,5	5	18,5		
<b>Gerenciamento</b>	Sim	17	94,4	1	5,6	1,21 (0,96 - 1,53)	0,21
	Não	21	77,8	6	22,2		
<b>Qualificação</b>	Sim	28	82,4	6	17,6	0,91 (0,71 - 1,15)	0,66
	Não	10	90,9	1	9,1		
<b>Tempo de atuação</b>	<6m	3	100,0	0	0,0	1,20 (1,05 - 1,37)	1,00
	≥6m	35	83,3	7	16,7		

RP - Razão de Prevalência

IC - Intervalo de Confiança de 95%

p - Teste Exato de Fisher

Os critérios realizar capacitações em liderança (RP=1,09), cursos em gerenciamento (RP=1,21) no domínio curativo, apresentaram poder discriminativo, isto é, a prevalência de liderança desejável é maior quando há presença desses critérios, porém não houve diferença estatística. Qualificação profissional (RP=0,91) e tempo de atuação do líder junto ao liderado (RP=1,20) obtiveram poder discriminativo inverso ao esperado.

**Tabela 14** - Validação de critério do estilo de liderança dicotomizado adotado para o domínio orientações, considerando capacitação em liderança, realização de curso na área de gerenciamento, qualificação profissional e tempo de atuação do líder junto ao liderado. Uberaba/MG, 2011.

		Orientações				RP (IC)	p
		Desejável		Indesejável			
		n	%	n	%		
<b>Liderança</b>	Sim	5	35,7	9	64,3	1,25 (0,47 - 3,31)	0,72
	Não	6	28,6	15	71,4		
<b>Gerenciamento</b>	Sim	6	46,2	7	53,8	2,03 (0,77 - 5,35)	0,26
	Não	5	22,7	17	77,3		
<b>Qualificação</b>	Sim	7	29,2	17	70,8	0,80 (0,29 - 2,18)	0,70
	Não	4	36,4	7	63,6		
<b>Tempo de atuação</b>	<6m	1	100,0	0	0,0	3,40 (2,02 - 5,72)	0,31
	≥6m	10	29,4	24	70,6		

RP - Razão de Prevalência

IC - Intervalo de Confiança de 95%

p - Teste Exato de Fisher

Os critérios realizar capacitações em liderança (RP=1,25), cursos em gerenciamento (RP=2,03) no domínio orientações, apresentaram poder discriminativo para uma liderança desejável, porém não obteve diferença estatisticamente significativa. Qualificação profissional (RP=0,80) e tempo de atuação do líder junto ao liderado (RP=3,40) obtiveram poder discriminativo inverso ao esperado.

**Tabela 15** - Validação de critério do estilo de liderança dicotomizado adotado para o domínio anotações, considerando capacitação em liderança, realização de curso na área de gerenciamento, qualificação profissional e tempo de atuação do líder junto ao liderado. Uberaba/MG, 2011.

		Anotações				RP (IC)	p
		Desejável		Indesejável			
		n	%	n	%		
<b>Liderança</b>	Sim	15	83,3	3	16,7	0,97 (0,75 - 1,26)	1,00
	Não	24	85,7	4	14,3		
<b>Gerenciamento</b>	Sim	16	88,9	2	11,1	1,08 (0,85 - 1,37)	0,68
	Não	23	82,1	5	17,9		
<b>Qualificação</b>	Sim	28	82,4	6	17,6	0,89 (0,71 - 1,13)	0,65
	Não	11	91,7	1	8,3		
<b>Tempo de atuação</b>	<6m	3	100,0	0	0,0	1,19 (1,04 - 1,36)	1,00
	≥6m	36	83,7	7	16,3		

RP - Razão de Prevalência

IC - Intervalo de Confiança de 95%

p - Teste Exato de Fisher

O critério realizar cursos em gerenciamento (RP=1,08), no domínio anotações, apresentou poder discriminativo para uma liderança desejável, porém a diferença não foi estatisticamente significativa. Realizar capacitação em liderança (RP=0,97), qualificação profissional (RP=0,89) e tempo de atuação do líder junto ao liderado (RP=1,19) obtiveram poder discriminativo inverso ao esperado.

**Tabela 16** - Validação de critério do estilo de liderança dicotomizado adotado para o domínio geral, considerando capacitação em liderança, realização de curso na área de gerenciamento, qualificação profissional e tempo de atuação do líder junto ao liderado. Uberaba/MG, 2011.

		Geral				RP (IC)	p
		Desejável		Indesejável			
		n	%	n	%		
<b>Liderança</b>	Sim	16	88,9	2	11,1	1,08 (0,85 - 1,37)	0,68
	Não	23	82,1	5	17,9		
<b>Gerenciamento</b>	Sim	17	94,4	1	5,6	1,20 (0,96 - 1,50)	0,22
	Não	22	78,6	6	21,4		
<b>Qualificação</b>	Sim	29	85,3	5	14,7	1,02 (0,76 - 1,36)	1,00
	Não	10	83,3	2	16,7		
<b>Tempo de atuação</b>	<6m	3	100,0	0	0,0	1,19 (1,04 - 1,36)	1,00
	≥6m	36	83,7	7	16,3		

RP - Razão de Prevalência

IC - Intervalo de Confiança de 95%

p - Teste Exato de Fisher

Os critérios realizar capacitações em liderança (RP=1,08), cursos em gerenciamento (RP=1,20) e qualificação profissional (RP=1,02), no domínio geral, apresentaram poder discriminativo para uma liderança desejável, no entanto, a diferença não foi estatisticamente significativa. O tempo de atuação do líder junto ao liderado obteve poder discriminativo (RP=1,19) inverso ao esperado, em um tempo de atuação menor que seis meses.

Descritivamente, todos os critérios em todos os domínios obtiveram maiores proporções para que o líder adote um estilo de liderança desejável do que o indesejável.

## **6.5 CONFIABILIDADE**

A confiabilidade foi analisada por meio do teste e re-teste, em um intervalo de 15 dias, tempo estimado pelas pesquisadoras para que os respondentes não se recordassem da primeira resposta. Não se determinou um intervalo maior, devido à alta rotatividade dos profissionais dentro da instituição, onde se realizou a aplicação dos instrumentos.

As análises para obtenção da confiabilidade (teste e re-teste), por meio do Kappa (K) e do intervalo de confiança (IC), estão apresentadas de acordo com os domínios que compõem o instrumento.

Nas tabelas 17 e 18, estão apresentados os valores de confiabilidade, considerando a liderança uma variável ordinal (Kappa ponderado) e dicotômica (Kappa simples).

**Tabela 17** - Análise de confiabilidade teste e re-teste dos estilos de liderança adotado para cada um dos domínios assistenciais. Uberaba/MG, 2011.

	Estilos	Teste		Re-teste		K	IC
		n	%	n	%		
<b>Cuidados Básicos</b>	TI	1	2,2	2	5,1	0,34	0,07 - 0,61
	PI	6	13,0	4	10,3		
	PD	24	52,2	15	38,5		
	TD	15	32,6	18	46,2		
<b>Medicações</b>	TI	2	4,3	2	5,1	0,33	0,05 - 0,63
	PI	2	4,3	3	7,7		
	PD	16	34,8	11	28,2		
	TD	26	56,5	23	59,0		
<b>Procedimentos Invasivos</b>	TI	2	4,3	1	2,6	0,44	0,19 - 0,68
	PI	6	13,0	4	10,3		
	PD	22	47,8	21	53,8		
	TD	16	34,8	13	33,3		
<b>Curativos</b>	TI	0	0,0	2	5,3	0,29	0,06 - 0,52
	PI	7	15,2	4	10,5		
	PD	21	45,7	18	47,4		
	TD	17	37,0	14	36,8		
<b>Orientações</b>	TI	3	8,6	4	13,3	—*	—
	PI	21	60,0	11	36,7		
	PD	7	20,0	10	33,3		
	TD	4	11,4	5	16,7		
<b>Anotações</b>	TI	5	10,9	3	7,7	0,33	0,07 - 0,57
	PI	2	4,3	2	5,1		
	PD	15	32,6	12	30,8		
	TD	24	52,2	22	56,4		
<b>Geral</b>	TI	1	2,2	0	0,0	0,41	0,16 - 0,65
	PI	6	13,0	7	17,9		
	PD	31	67,4	21	53,8		
	TD	8	17,4	11	28,2		

K - coeficiente Kappa ponderado

IC - Intervalo de Confiança de 95%

\* Valor de Kappa não calculável

A tabela ilustra, descritivamente, valores próximos no teste e no re-teste, pressupondo uma concordância entre as respostas. Todos os valores de Kappa foram estatisticamente significativos; embora o limite inferior em quatro domínios esteja próximo da região de não rejeição de  $H_0$ , em que a confiabilidade é nula. Os domínios procedimento invasivo ( $K=0,44$ ) e geral ( $K=0,41$ ) apresentaram confiabilidade moderada.

Novamente, a variável dependente, estilo de liderança do enfermeiro, foi dicotomizada na tentativa de aumentar a confiabilidade do instrumento.

**Tabela 18** - Análise de confiabilidade teste e re-teste dos estilos de liderança dicotomizados, considerando os domínios assistenciais. Uberaba/MG, 2011.

	Estilos	Teste		Re-teste		K	p
		n	%	n	%		
<b>Cuidados Básicos</b>	Indesejável	7	15,2	6	15,4	0,41	0,01*
	Desejável	39	84,8	33	84,6		
<b>Medicações</b>	Indesejável	4	8,7	5	12,8	0,37	0,01*
	Desejável	42	91,3	34	87,2		
<b>Procedimentos Invasivos</b>	Indesejável	8	17,4	5	12,8	0,54	0,001*
	Desejável	38	82,6	34	87,2		
<b>Curativos</b>	Indesejável	7	15,6	6	15,8	0,01	0,94
	Desejável	38	84,4	32	84,2		
<b>Orientações</b>	Indesejável	24	68,6	15	32,6	0,16	0,39
	Desejável	11	31,4	15	32,6		
<b>Anotações</b>	Indesejável	7	15,2	5	12,8	0,42	0,001*
	Desejável	39	84,8	34	87,2		
<b>Geral</b>	Indesejável	7	15,2	7	17,9	0,51	0,03*
	Desejável	39	84,8	32	82,1		

K - coeficiente Kappa simples

p\* - estatisticamente significativo quando  $p \leq 0,05$

Percebe-se que houve um aumento nos valores do Kappa. Os domínios cuidados básicos ( $k=0,41$ ;  $p=0,01$ ), procedimentos invasivos ( $k=0,54$ ;  $p<0,001$ ); anotações ( $k=0,42$ ;  $p<0,001$ ) e o geral ( $k=0,51$ ;  $p=0,03$ ) apresentaram concordância moderada e foram estatisticamente significativos. O domínio medicação ( $k=0,37$ ;  $p=0,01$ ) apresentou valor de p estatisticamente significativo, Kappa regular.

É notório que as proporções entre teste e re-teste possuem valores próximos, implicando em valores maiores do Kappa. Entretanto, houve perdas tanto no teste quanto no re-teste, devendo-se considerar que as frequências relativas dos estilos de liderança excluem os dados faltantes quando for o caso.

**Tabela 19** - Distribuição de atividades assistenciais cujos estilos de liderança em medidas repetidas (teste e re-teste) resultaram em não execução (não se aplica) ou não se aplica da referida atividade assistencial. Uberaba/MG, 2011.

	Teste				Re-teste			
	Discordância		Não se aplica		Discordância		Não se aplica	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Deambulação</b>	10	21,7	9	19,6	11	23,9	5	10,9
<b>Via Oral</b>					1	2,2		
<b>Intramuscular</b>	1	2,2					1	2,2
<b>Subcutânea</b>	1	2,2			2	4,3		
<b>Nasal</b>	3	6,5						
<b>Oftálmica</b>	3	6,5			3	6,5		
<b>Sondagem Vesical</b>	4	8,7	1	2,2	2	4,3	2	4,3
<b>Sondagem Nasogástrica</b>	6	13,0			2	4,3		
<b>Sondagem retal</b>	6	13,0	2	4,3	3	6,5	1	2,2
<b>Drenos</b>	2	4,3			1	2,2		
<b>Cateteres</b>	2	4,3			1	2,2		
<b>Incisão cirúrgica</b>	1	2,2			1	2,2		
<b>Úlceras</b>	4	8,7	1	2,2	2	4,3	2	4,3
<b>Tratamento</b>	19	41,3	7	15,2	13	28,3	3	6,5
<b>Cuidados</b>	9	19,6	2	4,3	9	19,6		
<b>Doença</b>	18	39,1	15	32,6	13	28,3	7	15,2

As perdas podem ocorrer tanto por não participação no re-teste ou resultantes de discordâncias quanto à prática assistencial desenvolvida entre líder e liderado. Tais perdas podem ter influenciado nos valores do Kappa e, conseqüentemente, na confiabilidade do instrumento, já que o Kappa é afetado pela prevalência das categorias ou estilos de liderança

## **7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Ao se concluir a realização desse trabalho, evidenciou-se algumas limitações inerentes ao próprio processo de pesquisa. Destacam-se:

- ✓ Dificuldade de diferenciar na população de enfermeiros, líderes que adotam uma liderança desejável e líderes que adotam uma liderança indesejável;
- ✓ Falta de um instrumento padrão-ouro;
- ✓ Discordância de opiniões entre líder e liderado no que se refere à execução das atividades assistenciais, interferindo diretamente no estilo de liderança;
- ✓ Seleção do liderado de forma aleatória, uma vez que, se o líder escolhesse o liderado, pressupõe-se que a quantidade de respostas discordantes poderia ser minimizada;
- ✓ Critério de inclusão exigente devido a alta rotatividade existente no hospital em estudo;
- ✓ Baixo número de participantes, afetando o poder estatístico.
- ✓ Tempo para realização da pesquisa por se tratar de um curso de mestrado, contemplando dois anos.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse estudo possibilitou a construção do instrumento Liderança do Enfermeiro – Avaliação do Líder e Avaliação do Liderado para verificação dos estilos de liderança do enfermeiro, na perspectiva da Liderança Situacional.

Metodologicamente, o instrumento foi submetido às etapas de validação aparente e de propriedades métricas, representado pela validade e confiabilidade.

No que se refere aos métodos de validação, todas as sugestões dos juízes foram acolhidas; adotou-se a validade de critério baseada nas variáveis profissionais do líder e a análise de confiabilidade foi efetivada por meio da confiança de reprodutibilidade do instrumento, pelas etapas de teste e re-teste.

O instrumento evidenciou discordâncias entre as opiniões de líderes e liderados no que tange à execução de algumas atividades assistenciais, demonstrando uma desarticulação entre o que os técnicos e auxiliares de enfermagem afirmam executar e aquilo que o enfermeiro refere sobre as funções dos membros de sua equipe. Este fato nos leva a refletir sobre o possível desconhecimento do enfermeiro sobre as reais funções que sua equipe desempenha na unidade.

O instrumento apresentou-se válido para as variáveis: qualificação profissional, realização de capacitação em liderança e cursos na área de gerenciamento, evidenciando, descritivamente, que a existência dessas variáveis implica maior probabilidade de os líderes adotarem estilos de liderança desejáveis. Já, para variável tempo de atuação do líder junto ao liderado, ocorreu o inverso, quanto maior o tempo, maior a probabilidade de uma liderança indesejável. Entretanto, essas variáveis não apresentaram diferença estatisticamente significativa. Considerando gerenciamento como o critério mais importante para procedimentos invasivos, a análise do poder *a posteriori* revelou que a diferença estatística, para um nível de significância de 0,05, seria alcançada com um tamanho amostral 3 vezes maior.

Ao analisar a confiabilidade do instrumento, observou-se que as proporções entre teste e re-teste possuem valores próximos. O domínio geral do instrumento apresentou moderada concordância e um Kappa estatisticamente significativo. Ao analisar os domínios assistenciais separadamente, observou-se uma concordância leve ou moderada, o que pode ser explicada pela perda dos dados, resultantes das discordâncias de opiniões entre líder e liderado, influenciando nos valores de Kappa.

Os resultados, descritivamente, demonstraram que o instrumento Liderança do Enfermeiro – Avaliação do Líder e Avaliação do Liderado pode constituir-se em um instrumento válido e confiável, podendo ser aplicado em nosso meio; porém, é necessário que este instrumento seja aplicado em populações maiores para obter diferença estatística e, em pareamentos com que os enfermeiros conheçam quais são as atividades realizadas pelos membros da equipe de enfermagem, minimizando as opiniões discordantes.

Ressalta-se que, para além da sua utilidade na avaliação da liderança do enfermeiro, o instrumento caracteriza-se como uma ferramenta gerencial para a gestão dos serviços de enfermagem, uma vez que pode evidenciar, também, outros aspectos do trabalho em equipe, como: relacionamento, comunicação, autoconhecimento e nível de conhecimento entre líder e liderados, necessidade de educação permanente na equipe, desenvolvimento e valorização profissional.

A aplicação do instrumento no cotidiano do trabalho e uma criteriosa análise dos resultados obtidos devem direcionar os enfermeiros na adoção de estilos de liderança compatíveis com as necessidades dos membros da equipe, considerando situações específicas.

Há que se destacar, ainda, o fato de buscar o aprofundamento na compreensão da Teoria da Liderança Situacional, determinando-se o estilo de liderança do enfermeiro, a partir das percepções do líder e do liderado.

Construir um instrumento de medida da liderança do enfermeiro foi um processo complexo, árduo e difícil. Entende-se que foi uma etapa importante com vistas a se obter um instrumento válido para avaliar a liderança do enfermeiro frente à maturidade da equipe, e que permita averiguar a sua versatilidade para adotar comportamentos, ou seja, estilos de liderança, que sejam mais desejáveis conforme a situação vivenciada e a maturidade de cada profissional da equipe.

Desse modo, é imprescindível a exploração da liderança objetivando obter variáveis que melhorem a validade e confiabilidade do instrumento. Embora o estudo tenha cumprido seus objetivos, estudos futuros e aplicações do instrumento em outras realidades, em parceria com as autoras, são necessários para refinar as propriedades de medida.

## REFERÊNCIAS

- BALSANELLI, A.P; CUNHA, I.C.K.O. Liderança no contexto da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 1, p. 117-122, 2006.
- BARBOSA, L.R. **Relações entre liderança, motivação e qualidade na assistência de enfermagem**: revisão integrativa da literatura. 2007. 139f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- BRASIL. **Legislação e Normas do Conselho Federal de Enfermagem**. Regulamenta o exercício profissional de enfermagem e dá outras providências. Ano 10. n. 1. Ago. 2005
- CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística**: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003. 264 p.
- CARDOSO, M.L.A.P.; RAMOS, L.H.; D'INNOCENZO, M. Liderança Coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 730-737, 2011 .
- CHIAVENATO I. **Introdução à teoria geral da administração**: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7 ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- COSTA, R.A.; SHIMIZU, H.E. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.13, n.5, p.654-62, 2005.
- COZENS, J. F.; MOWBRAY, D. Leadership and the quality of care. **Quality Health Care**, v. 10, suppl. 2, p. 21-5, 2001.
- CRUZ, M. R. P.; NUNES, A. J. S.; PINHEIRO, P. G. Teoria Contingencial de Fiedler: aplicação prática da escala Least Preferred Co-Worker (LPC). **Textos para Discussão**. Departamento de Gestão e Economia da Universidade da Beira Interior, Portugal, n. 08, p. 01-16, 2010.
- DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007. 115f. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- GALVÃO, C.M. **Liderança Situacional**: uma contribuição ao trabalho do enfermeiro líder no contexto hospitalar. 1995. 117f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

GALVÃO, C.M. et al. Liderança Situacional: um modelo para aplicação na enfermagem brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n. 2, p. 227-36, ago. 1997.

GALVÃO, C.M. et al. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n. 4, p. 302-306, 1998.

GALVÃO, C.M. et al. Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 5, p. 34-43, 2000.

GELBCKE, F.L. et. al. Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 136-139, 2009.

HERSEY, P.; BLANCHARD, K.H. **Psicologia para administradores**: a teoria e as técnicas da Liderança Situacional. [tradução e revisão técnica: Equipe do CPB – Edwino A Royer. São Paulo: EPU, 1986.

HINCHLIFFE, J. Leadership theories relevant to the role of the supervisor of midwives. **British Journal of Midwifery**, v. 18, n. 9, p. 588-593, 2010.

HIGA, E.F.R.; TREVIZAN, M.A. Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 59-64, 2005.

HIGA, E. F. R. **Liderança do enfermeiro na prática clínica**. 1998. 72f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

JIMÉNEZ, M. A. G. **Liderança de enfermagem nas organizações de saúde da cidade do México, Distrito Federal**. 2007. 201f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

LANDIS, J. R; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, p. 159-74; 1977.

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

LOUREIRO, R.; FERREIRA, M.; DUARTE, J. Questionário de liderança em enfermagem (QLE). **Revista Referência**, Coimbra, II<sup>a</sup> série, n. 7, p. 67-77, out. 2008.

LOURENÇO, M.R. **Desenvolvimento da competência em liderança na efetividade de organizações de saúde dirigidas por enfermeiros-gerentes**. 2004. 118f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

LOURENÇO, M. R.; TREVIZAN, M. A. Liderança situacional: análise de estilo de enfermeiros-líderes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 15, n. 01, p. 48-52, 2002.

MARQUIS, B. L., HUSTON, C. J. Integração entre habilidades de liderança e funções administrativas. In: MARQUIS, B. L., HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 29-44.

MAXIMIANO, A.C.A. A teoria geral da administração: da revolução urbana à digital. 5.ed., São Paulo: Atlas, 2005. 503p.

Pasquali L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 2.ed. Petrópolis: Vozes; 2004. 397p.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 25, n. 5, p. 206-13. 1998.

POLIT, D.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Trad. Ana Thorell. 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.

PRESOTTO, G. V. **O processo de trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar**. 2010. 75 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2010.

ROCHA, C.L. et.al. Liderança na gestão de pessoas: competências requeridas do enfermeiro. In: CUNHA, K.C. (coord). **Gerenciamento na enfermagem**: novas práticas e competências. São Paulo: Martinari, 2005. cap. 2, p. 29-48.

ROCHA, E. S. B. **Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar**: visão do enfermeiro. 2007. 93f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SANTOS, I.; CASTRO, C. B. Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**,v. 17, n. 4, p. 734 – 42. 2008.

SCHREUDER, J.A.H. et al. Leadership styles of nurse managers and registered sickness absence among their nursing staff. **Health Care Management Review**, v. 36, n. 1, p. 58-66, 2011.

SILVA, M.A. **Aplicação da liderança situacional na enfermagem de centro cirúrgico**. 2004. 59f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SILVA, M.A.; GALVÃO, C.M. Aplicação da Liderança Situacional na enfermagem de centro cirúrgico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 1, p. 104-112. 2007.

SIMÕES, A.L.A. **Desenvolver o potencial de liderança**: um desafio para o enfermeiro. 2001. 197f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SIMÕES, A.L.A.; FÁVERO, N. O desafio da liderança para o enfermeiro. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 567-573, 2003.

SPINOLA, T.; SANTOS, R. S. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 2, p. 156-60; 2005.

TOURANGEAU, A.E; MCGILTON, K. Measuring leadership practices of nurses using the Leadership Practices Inventory. **Nursing Research**, v. 53, n. 03, p. 182-89, may./june. 2004.

TREVIZAN, M.A. **Liderança do enfermeiro**: o ideal e o real no contexto hospitalar. São Paulo: Savier; 1993. 94p.

TREVIZAN, M.A. et al. Análise de expectativas sobre a liderança do enfermeiro à luz das teorias grid. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 20-29, 2001.

WEHBE, G.; GALVÃO, C.M. Aplicação da Liderança Situacional em enfermagem de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.2, p.33-38, 2005.



## Apêndice 1

<b>Análise da Liderança - Percepção do Líder</b>					
	<b>Maturidade</b>		<b>Matriz</b>	<b>Estilo</b>	<b>Score Desejável</b>
	<b>Capacidade</b>	<b>Disposição</b>			
<b>Cuidados básicos</b>					
Sinais Vitais					
Higiene					
Confiança					
Segurança					
Alimentação					
Deambulação					
Eliminação					
<b>Medicação</b>					
Via Oral					
Intramuscular					
Subcutânea					
Endovenosa					
Nasal					
Oftálmica					
<b>Procedimentos Invasivos</b>					
Sondagem Vesical					
Sondagem Nasogástrica					
Sondagem retal					
Punção Venosa					
Aspiração Orotraqueal					
<b>Curativos</b>					
Drenos					
Cateteres					
Incisão cirúrgica					
Úlceras					
<b>Orientações</b>					
Tratamento					
Cuidados					
Doença					
<b>Anotações de enfermagem</b>					
Anotações					

## Apêndice 2

<b>Análise da Liderança - Percepção do Liderado</b>					
	<b>Maturidade</b>		<b>Matriz</b>	<b>Estilo</b>	<b>Score Desejável</b>
	<b>Capacidade</b>	<b>Disposição</b>			
<b>Cuidados básicos</b>					
Sinais Vitais					
Higiene					
Confiança					
Segurança					
Alimentação					
Deambulação					
Eliminação					
<b>Medicação</b>					
Via Oral					
Intramuscular					
Subcutânea					
Endovenosa					
Nasal					
Oftálmica					
<b>Procedimentos Invasivos</b>					
Sondagem Vesical					
Sondagem Nasogástrica					
Sondagem retal					
Punção Venosa					
Aspiração Orotraqueal					
<b>Curativos</b>					
Drenos					
Cateteres					
Incisão cirúrgica					
Úlceras					
<b>Orientações</b>					
Tratamento					
Cuidados					
Doença					
<b>Anotações de enfermagem</b>					
Anotações					

## Apêndice 3

<b>Análise da Liderança - Percepções do Líder e do Liderado</b>					
	Maturidade/Líder		Matriz	Estilo/Liderado	Score Desejável
	Capacidade	Disposição			
<b>Cuidados básicos</b>					
Sinais Vitais					
Higiene					
Confiança					
Segurança					
Alimentação					
Deambulação					
Eliminação					
<b>Medicação</b>					
Via Oral					
Intramuscular					
Subcutânea					
Endovenosa					
Nasal					
Oftálmica					
<b>Procedimentos Invasivos</b>					
Sondagem Vesical					
Sondagem Nasogástrica					
Sondagem retal					
Punção Venosa					
Aspiração Orotraqueal					
<b>Curativos</b>					
Drenos					
Cateteres					
Incisão cirúrgica					
Úlceras					
<b>Orientações</b>					
Tratamento					
Cuidados					
Doença					
<b>Anotações de enfermagem</b>					
Anotações					

## Apêndice 4

### Liderança do Enfermeiro – Avaliação do Líder e Liderança do Enfermeiro – Avaliação do Liderado

Líder – disponível em:

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dEQtM2xpcE5HM3g2SFplOGdUTnRuamc6MQ>

Liderado – disponível em:

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dDNYTkxuSERzb3BaaXpxRDJkQUIxTnc6MA>