UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GISLEANGELA LIMA RODRIGUES CARRARA

A utilização de instrumentos para avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem

RIBEIRÃO PRETO
2016

GISLEANGELA LIMA RODRIGUES CARRARA

A utilização de instrumentos para avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Dinâmica da Organização dos Serviços de Saúde e de Enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Andrea Bernardes

RIBEIRÃO PRETO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Carrara, Gisleangela Lima Rodrigues

A utilização de instrumentos para avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem. Ribeirão Preto, 2016.

264 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

.

Orientador: Profa. Dra. Andrea Bernardes

1. Liderança. 2. Enfermagem. 3.Serviços de Saúde. 4.Questionários (Avaliação; Instrumentos).

CARRARA, Gisleangela Lima Rodrigues

A utilização de instrumentos para avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em ...../...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho ao meu marido **Glauco** e aos meus filhos **Eduardo** e **Lorena**.*
*Aos meus pais **Antônio (in memoriam)** e **Angelita**.*

*Aos **profissionais** de saúde e de enfermagem que se empenham em fazer a diferença em sua atuação como líderes.*

AGRADECIMENTOS

*A **Deus** por sua presença em minha vida, permitindo que todos os acontecimentos, durante este processo, se tornassem grandes oportunidades de aprendizado.*

*À **Minha Família** que com amor e paciência esteve comigo no enfrentamento das grandes batalhas, durante esta jornada.*

*Aos **Meus Pais** que me ensinaram que a humildade, a gentileza e o respeito ao próximo devem ser a essência da vida, e que acima de tudo, devemos ter fé.*

*À estimada **Profa. Dra. Andrea Bernardes** minha orientadora pelo acolhimento, disponibilidade, incentivo e apoio oferecido, sobretudo a paciência e compreensão durante a execução deste trabalho.*

*Aos docentes da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em especial às professoras **Dra. Carmem Silva Gabriel, Dra. Silvia Helena Henriques Camelo, Profa. Cristina Maria Galvão e Renata Cristina de Campos Pereira Silveira,** responsáveis por algumas disciplinas que cursei, que tiveram um papel fundamental na ampliação dos meus conhecimentos além de conquistarem minha profunda admiração e respeito.*

*À minha colaboradora e amiga **Marli** que, na minha ausência, se dedicou a cuidar da minha casa e de minha família com amor e dedicação.*

*Às minhas amigas **Priscila Baldo, Paula Luize, Elaine Cantarella, Graziela Caldana e Karen Yashida,** que estiveram comigo durante esta jornada, compartilhando conhecimentos e experiências. Em especial à **Rosane Vasconcelos** que, além de uma grande amiga, foi uma compartilhadora de conhecimentos e espiritualidade.*

*À minha amiga **Ms. Priscila Balderrama,** que é um dos maiores exemplos de dedicação, ética e compromisso, e foi quem me apoiou e me incentivou no ingresso e conclusão deste projeto.*

*Aos colegas do **Centro Universitário Unifafibe de Bebedouro**, em especial aos do curso de Enfermagem que me apoiaram e representam para mim um dos maiores exemplos de coesão e trabalho em equipe.*

Aos que não foram citados, mas que torceram e me apoiaram para alcançar este objetivo.

RESUMO

CARRARA, G. L. R. **A utilização de instrumentos para avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem.** 2016. 264 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Acredita-se que, por meio da utilização de instrumentos simplificados e objetivos, será possível responder quais estilos, modelos ou teorias de liderança estão mais presentes na realidade brasileira, bem como sensibilizar os profissionais de saúde e enfermeiros para a adoção de um estilo transformador, participativo e motivador. O objetivo deste estudo foi analisar as evidências disponíveis na literatura sobre a utilização de instrumentos para a avaliação da liderança, nos serviços de saúde e enfermagem, tomando por base as publicações em periódicos nacionais e internacionais, nos últimos dez anos. Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura que buscou respostas para a seguinte pergunta: "Quais instrumentos são empregados para avaliar a liderança em serviços de saúde e enfermagem?". A busca foi realizada em quatro bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Public MEDLINE*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health*, e *Excerpta Medica Database*-Embase. Para este estudo, foi selecionado um total de 38 artigos publicados em português, inglês e espanhol, entre os anos de 2006 a 2016. Para a extração dos dados, se fez uso de um instrumento validado. A análise de dados foi descritiva e apresentada em quatro categorias: 1) Desenvolvimento da liderança, com 06 estudos primários, 2) Desenvolvimento da liderança a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, com 12 estudos primários; 3)Relações entre liderança e impacto na equipe, com 08 estudos primários; 4) Relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, com 12 estudos primários. Os resultados apresentaram uma variedade de instrumentos de avaliação em liderança. Dentre as várias ferramentas utilizadas para medir liderança, foram encontrados nesta revisão integrativa 19 instrumentos para avaliação da liderança: o *Authentic Leadership Questionnaire (ALQ)*, o *Charismatic Leadership Socialized Scale*, o *Clinical Leadership Survey (CLS)*, a ferramenta *Coaching*, a Escala de Atitudes frente a Estilos de Liderança, a Ferramenta 360º, a *Global Transformational Leadership Scale*, o *Grid Gerencial*, o L*eadership Effectiveness and Adaptability Description* (LEAD), o *LMX-Leader–member Exchange*, o *Leadership Practices Inventory (LPI)*, o *Leadership Reward and Punishment Behavior Questionnaire (LRPQ)*, o *Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ)*, *Multisource feedback tool* (MSF), o instrumento de Liderança *Quantum*, o *Servant Leadership Questionnaire (SLQ), Servant Leadership Survey (SLS)*, *Survey of Transformational Leadership* (STL), o *Transformational Leadership Inventory (TLI)*. As teorias/modelos/estilos de lideranças que apareceram neste estudo foram: a Liderança Transformacional e Transacional, a Liderança Situacional, a Liderança Servidora, a Liderança Autêntica, a Liderança *Quantum* ou Liderança quântica, a Liderança Carismática e a Liderança Clínica. Ao serem

analisadas as categorias, observou-se que os instrumentos são aplicados com propostas de programas para o desenvolvimento em liderança, e que estes demonstraram influenciar significativamente o comportamento dos líderes. Sobre o impacto da liderança entre a equipe e o ambiente de trabalho, a saúde, a satisfação no trabalho e o bem-estar dos profissionais, se destacaram a liderança transformacional, a liderança servidora e a liderança autêntica. A pesquisa na literatura viabilizou a identificação das principais teorias, estilos e modelos de liderança contemporâneos e a análise de sua utilização na construção de instrumentos de avaliação da liderança.

Palavras-chaves: liderança, serviços de saúde, instrumentos de avaliação, enfermagem.

ABSTRACT

CARRARA, G. L. R. **The use of instruments for evaluation of leadership in health services and nursing**. 2016. 264 f. Dissertation (Master´s) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

It is believed that through the use of simplified and objective instruments, it will be possible to answer which styles, models or theories of leadership are more present in the Brazilian reality, as well as to sensitize health professionals and nurses for adoption of a transformer, participative and motivating style. The aim of this study was to analyze the available evidence in the literature on the use of instruments for the evaluation of leadership in health services and nursing, on the basis of publications in national and international journals in the last ten years. It is an Integrative Literature Review that sought answers to the following question: "What instruments are used to evaluate leadership in health and nursing services?". The search was conducted in four databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Public MEDLINE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health and Excerpta Medica Database. For this study, has selected a total of 38 articles published in Portuguese, English and Spanish, from 2006 to 2016. For the data extraction was used a validated instrument. The data analysis was descriptive and presented in four categories: 1) Leadership development with 06 primary studies; 2) Leadership development from the elaboration or adaptation of evaluation tools with 12 primary studies; 3) Relationships between leadership and impact on the team with 08 primary studies; 4) Relationships between leadership and health, job satisfaction and well-being of professionals with 12 primary studies. The results presented a variety of instruments of leadership assessment . Among the various tools used to measure leadership were found in this Integrative Review nineteen leadership assessment tools: the Authentic Leadership Questionnaire (ALQ), the Charismatic Leadership Socialized Scale, the Clinical Leadership Survey (CLS), the Coaching tool, the Leadership Styles Attitude Scale, the 360 Tool, Global Transformational Leadership Scale, the Management Grid, Leadership Effectiveness and Adaptability Description (LEAD), LMX-Leader-member Exchange, Leadership Practices Inventory (LPI), Leadership Reward and Punishment Behavior Questionnaire (LRPQ), Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) , The Multisource feedback tool (MSF), the Quantum Leadership Instrument, the Servant Leadership Questionnaire (SLQ), the Transformational Leadership Survey (TLS), the Survey of Transformational Leadership (STL). The theories / models / styles of leadership that appeared in this study were: Transformational and Transational Leadership, Situational Leadership, Servant Leadership, Authentic Leadership, Quantum Leadership, Charismatic Leadership and Clinical Leadership. Some studies did not present theoretical models as reference. When analyzing the categories, it was observed that the instruments are applied together with proposals of programs for the development in leadership, and that these have demonstrated to influence significantly the behavior of the

leaders. On the impact of leadership among staff and the work environment, health, job satisfaction and the well-being of professionals, the transformational leadership, the leadership leadership and authentic leadership stood out. The literature search allowed the identification of the main theories, styles and models of contemporary leadership and the analysis of their use in the construction of leadership assessment tools.

Keywords: leadership, health services, assessment instruments, nursing

RESUMEN

CARRARA, G. L. R. **El uso de instrumentos para la evaluación del liderazgo en los servicios de salud y de enfermería**. 2016. 264 f. Tesis (Maestría) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Será posible responder Qué estilos, modelos o teorías de liderazgo están más presentes en la realidad brasileña, así como sensibilizar a profesionales de la salud y enfermeras para la adopción de un transformador, el estilo participativo y motivador. El objetivo de este estudio fue analizar la evidencia disponible en la literatura sobre el uso de instrumentos para la evaluación de liderazgo en servicios de salud y enfermería, sobre la base de publicaciones en revistas nacionales e internacionales en los últimos diez años. Es una revisión de la literatura integrativa que buscaban respuestas a la pregunta: "qué instrumentos se emplean para evaluar liderazgo en enfermería y los servicios de salud?". La búsqueda se realizó en cuatro bases de datos: literatura latinoamericana centro y del Caribe en Ciencias de la salud pública MEDLINE, índice acumulativo de enfermería y salud aliada y la base de datos-Embase de Excerpta Medica. Para este estudio, se ha seleccionado un total de 38 artículos publicados en Portugués, Inglés y español, entre 2006 y 2016. Para la extracción de datos, si hace uso de un instrumento validado. El análisis de los datos fue descriptivo y presentado en cuatro categorías: desarrollo de liderazgo 1), con 06 estudios primarios, desarrollo de la 2) el liderazgo del desarrollo o adaptación de herramientas de evaluación, con 12 estudios primarios; 3) relación entre el liderazgo y el impacto en el equipo, con estudios primarios 08; 4) relación entre liderazgo, salud, satisfacción laboral y bienestar profesional, con 12 estudios primarios. Los resultados mostraron una variedad de herramientas de evaluación en el liderazgo. Entre las diversas herramientas para medir liderazgo, fueron encontrados 19 instrumentos de evaluación del liderazgo: cuestionario de liderazgo auténtico (ALQ), el carismático socializado de escala de liderazgo, liderazgo clínico encuesta (CLS), la herramienta del Coaching, la escala de actitudes frente a los estilos de liderazgo, herramienta de 360 º, escala de liderazgo transformacional Global, el Grid gerencial liderazgo efectividad y adaptabilidad Descripción (PLOMO) el intercambio LMX-líder-miembro, el liderazgo prácticas de inventario (LPI), el liderazgo de recompensa y castigo comportamiento cuestionario (LRPQ), el cuestionario multifactorial de liderazgo (MLQ), retroalimentación multifuente herramienta (MSF), el instrumento de liderazgo cuántico, cuestionario de liderazgo de siervo (SLQ), encuesta de liderazgo de siervo (SLS), encuesta de liderazgo transformacional (STL), el inventario de liderazgo transformacional (TLI). Teorías/modelos/estilos de líderes que apareció en este estudio fueron: la transformacional y liderazgo transaccional, Liderazgo Situacional, liderazgo de servicio, liderazgo auténtico, el Quantum liderazgo o liderazgo, liderazgo carismático y liderazgo clínico. Para analizar las categorías, se observó que los instrumentos se aplican con las propuestas de programas de desarrollo en liderazgo, y estas

demostraron significativamente influye en el comportamiento de los líderes. Sobre el impacto del liderazgo entre el equipo y ambiente de trabajo, salud, satisfacción laboral y bienestar profesional, destacó el liderazgo transformacional, liderazgo de servicio y liderazgo auténtico. La búsqueda en la literatura permitió la identificación de las principales teorías, estilos y modelos de liderazgo contemporáneos y el análisis de su uso en la construcción de instrumentos de evaluación de liderazgo.

Palabras clave: liderazgo, servicios de salud, instrumentos de evaluación, oficio de enfermera.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Desafios do século XXI para as pessoas e organizações por Blanchard, (2007) p. 3..... 49

Figura 2 - Passos predefinidos para a execução do estudo de revisão integrativa, adaptado de Galvão, Mendes e Silveira (2010) 65

Figura 3 - Operadores booleanos utilizados nas buscas das bases de dados adaptados de Santos, Pimenta e Nobre (2007). 70

Figura 4 - Estratégia de busca na base de dados PubMed..... 72

Figura 5 - Estratégia de busca na base de dados CINAHL..... 72

Figura 6 - Estratégia de busca na base de dados LILACS..... 73

Figura 7 - Estratégia de busca na base de dados Embase..... 73

Figura 8 - Fluxograma de buscas dos estudos primários..... 85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Síntese das diferenças entre as lideranças transacional e transformacional por Covey (1992)..... 42

Quadro 2 Estratégia PICO ou PICOT para formulação de pergunta de revisão, segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007)..... 66

Quadro 3 Estratégia PICO para formulação da pergunta de pesquisa..... 67

Quadro 4 Descritores controlados e não controlados utilizados na pesquisa..... 69

Quadro 5 Resultado da busca de dados no PUBMED..... 79

Quadro 6 Resultado da busca de dados no CINAHL..... 80

Quadro 7 Resultado da busca de dados no LILACS..... 82

Quadro 8 Resultado da busca de dados no Embase..... 84

Quadro 9 Apresentação geral da amostra dos estudos primários (n=38), considerando a distribuição das categorias, autor, título, ano, país de estudo, periódico, referencial de liderança e base de dados..... 95

Quadro 10 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria desenvolvimento da liderança, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 98

Quadro 11 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria desenvolvimento da liderança, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 101

Quadro 12 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria desenvolvimento da liderança, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 103

Quadro 13 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria desenvolvimento da liderança, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 104

Quadro 14 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria desenvolvimento da liderança, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 107

Quadro 15 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria desenvolvimento da liderança, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 109

Quadro 16 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 112

Quadro 17 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 114

Quadro 18 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 116

Quadro 19 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 118

Quadro 20 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 120

Quadro 21 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 122

Quadro 22 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra,

método, resultados e conclusão..... 124

Quadro 23 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 126

Quadro 24 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 128

Quadro 25 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país..... 130

Quadro 26 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 132

Quadro 27 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 134

Quadro 28 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e impacto na equipe, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 137

Quadro 29 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e impacto na equipe, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 138

Quadro 30 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e impacto na equipe, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 139

Quadro 31 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e impacto na equipe, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão 141

Quadro 32 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e impacto na equipe, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 143

Quadro 33 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e impacto na equipe, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 145

Quadro 34 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e impacto na equipe, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 147

Quadro 35 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e impacto na equipe, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 148

Quadro 36 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 151

Quadro 37 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 153

Quadro 38 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 156

Quadro 39 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 158

Quadro 40 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 160

Quadro 41 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relação entre liderança e a saúde ou bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 162

Quadro 42 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relação entre liderança e a saúde ou bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 164

Quadro 43 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 165

Quadro 44 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 167

Quadro 45 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 169

Quadro 46 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 170

Quadro 47 Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão..... 171

Quadro 48 Distribuição do número de estudos, de acordo com o ano 172

Quadro 49 Distribuição do número de estudos, de acordo com a formação acadêmica dos autores..... 173

Quadro 50 Distribuição do número de estudos, de acordo com a titulação do primeiro autor..... 173

Quadro 51 Distribuição do número de estudos, de acordo com a composição da amostra..... 174

Quadro 52 Distribuição do número de estudos, de acordo com o veículo de divulgação..... 174

Quadro 53 Distribuição do número de estudos, de acordo com o país de divulgação..... 175

Quadro 54 Distribuição do número de instrumentos e teorias/estilos de liderança encontrados..... 176

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALQ	Authentic Leadership Questionnaire
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CLS	Clinical Leadership Survey
CONGREGARH	Congresso de Gestão de Pessoas
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EMBASE	Excerpta Medica Database
EMTREE	Embase subject headings
GTLS	Global Transformational Leadership Scale
LEAD	Leadership Effectiveness and Adaptability Description
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LMX	Leader-member Exchange
LPI	Leadership Practices Inventory
LRPQ	Leadership Reward and Punishment Behavior Questionnaire
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MESH	Medical Subject Headings
MLQ	Multifactor Leadership Questionnaire
MSF	Multisource feedback tool
NLM	U.S. National Library of Medicine
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidência
PICOT	População (P), Intervenção (I), Comparação (C), Outcomes (O) (desfecho/resultado) e Tempo (T)
PUBMED	Public MEDLINE
RI	Revisão Integrativa
SLQ	Servant Leadership Questionnaire
SLS	Servant Leadership Survey
STL	Survey of Transformational Leadership
TLI	Transformational Leadership Inventory
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO.....**	**24**
1.1	A liderança e a capacidade de influenciar pessoas.....	33
1.2	Principais teorias da liderança.....	34
1.3	Liderança no mundo e no Brasil.....	46
1.4	Liderança no contexto da saúde.....	49
1.5	Liderança em enfermagem	52
1.6	Avaliação de liderança em enfermagem.....	55
2	**JUSTIFICATIVA.....**	**57**
3	**OBJETIVOS.....**	**59**
3.1	Objetivo geral.....	60
3.2	Objetivos específicos.....	60
4	**MATERIAIS E MÉTODOS.....**	**61**
4.1	Delineamento metodológico.....	62
4.1.1	Primeira etapa: elaboração da questão de pesquisa	65
4.1.2	Segunda etapa: amostragem ou busca na literatura dos estudos primários nas bases dados.....	67
4.1.2.1	O estabelecimento dos critérios.....	67
4.1.2.2	Identificação dos descritores.....	68
4.1.2.3	Busca nas bases de dados.....	70
4.1.2.4	Seleção dos estudos.....	74
4.1.3	Terceira etapa: extração de dados dos estudos primários.....	74
4.1.4	Quarta etapa: avaliação crítica dos estudos primários incluídos.	75
4.1.5	Quinta etapa: análise e síntese dos resultados evidenciados.....	76
4.1.6	Sexta etapa: apresentação da revisão integrativa.....	77
5	**RESULTADOS.....**	**78**
5.1	Detalhamentos das buscas nas bases de dados.....	79
5.2	Fluxograma de identificação dos estudos.....	85
5.3	Caracterizações dos estudos primários.....	172
6.	**DISCUSSÃO.....**	**178**
6.1	Desenvolvimento da liderança	181
6.2	Desenvolvimento da liderança a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação.....	191
6.2.1	*Leadership Practices Inventory (LPI)*.....	192
6.2.2	*Clinical Leadership Survey* (CLS).....	196
6.2.3	*Survey of Transformational Leadership (STL)*……..	196
6.2.4	*Transformational Leadership Inventory (TLI)*.....	198
6.2.5	*Leadership Reward and Punishment Behavior Questionnaire (LRPQ)* ……..	198
6.2.6	Escala de Atitudes Frente a estilos de Liderança.....	199
6.2.7	A Ferramenta 360º ou *Multisource feedback tool (MSF)* ……...	200

6.2.8 O desenvolvimento de liderança por meio da ferramenta *coaching*..... 202
6.2.9 Ferramenta para avaliar liderança quântica- *Quantum*..... 204
6.2.10 *Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ)*..... 205
6.2.11 *Servant Leadership Questionnaire (SLQ*)..... 208
6.2.12 *Servant Leadership Survey* (SLS)..... 211
6.2.13 *Authentic Leadership Questionnaire* (ALQ)..... 213
6.2.14 *Global Transformational Leadership Scale* (GTLS)……. 215
6.2.15 *Leader-member Exchange (LMX)* 217
6.2.16 *Charismatic Leadership Socialized Scale* 218
6.2.17 *Grid Gerencial*..... 219
6.2.18 *Leadership Effectiveness and Adaptability Description (LEAD)* .. 221
6.3 Relações entre liderança e impacto na equipe..... 225
6.4 Relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais..... 230

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 236

REFERÊNCIAS..... 241

ANEXO..... 262

APRESENTAÇÃO

Logo que concluí a graduação em enfermagem, ano de 2005, ingressei como enfermeira assistencial em uma instituição hospitalar filantrópica de médio porte. Em menos de um ano estava atuando na Atenção Básica, executando trabalho em Unidade Básica de Saúde. Posteriormente fui trabalhar em um Ambulatório de Especialidades Médicas. Ainda no campo da atenção primária, trabalhei em programas de capacitação profissional em nível técnico, oferecidos pelo governo federal. Por alguns anos mantive o vínculo com os dois níveis de atuação: Atenção Básica e Hospitalar. Em 2009, assumi a Responsabilidade Técnica da instituição hospitalar onde já atuava como enfermeira assistencial. Acredito que essa imersão em diferentes campos da profissão da enfermagem me oportunizou reconhecer ainda mais a importância da integralidade entre os níveis de atenção, além de observar de perto e comparar os comportamentos utilizados pelos colegas enfermeiros, inclusive os meus comportamentos quanto à condução de uma equipe.

Como responsável técnico, houve o aumento da inquietação que já existia a respeito de conhecer se haveria um modelo de liderança que pudesse promover o estabelecimento e alcance de objetivos comuns nos serviços em que atuava. E, sobretudo, não somente saber como usar esta liderança, mas saber se estava sendo efetiva e qual a melhor forma de avaliá-la.

O Enfermeiro Responsável Técnico se responsabiliza pela complexidade do funcionamento geral dos cuidados gerados pela equipe de enfermagem e, apesar de estar constantemente ligado a uma linha burocrática muito forte, este precisa usar de uma liderança que favoreça desenvolvimento da sua equipe permanentemente. Assim, ele é um gerenciador do cuidado, um educador, que mobiliza recursos e subsídios de aprendizagem para sua equipe.

A liderança é uma competência, mas para que se dê como competência ela necessita de outras competências que estejam associadas a ela; não dá para falar de liderança se o enfermeiro não sabe se comunicar, não sabe tomar decisões e nem resolver conflitos. Evidentemente, outras competências precisam estar associadas a esse complexo que é a liderança em si, para que possamos exercê-la com competência.

Sendo assim, as teorias de liderança se tornam um ponto de partida, em que é preciso ter um norte ou um caminho para sair da subjetividade, e passar a olhar sob um determinado prisma. Ainda estamos adotando modelos internacionais, com ênfase nos norte-americanos, e implantando estes modelos em nossas

práticas. Mas não adaptamos para a nossa realidade (do Brasil) e nem criamos teoria ou modelos, na maioria das vezes.

O líder é aquele que ainda passa a visão utópica de ser um “super-herói”, sendo esperado que este seja capaz de resolver tudo, todos os problemas existentes, mas ainda nós como questionadores não possuímos um subsídio para afirmar como cada instituição desenvolve a liderança dos seus enfermeiros, ou qual a teoria que eles usam, ou ainda quais modelos utilizam.

É possível que se ampliarmos essas perguntas de uma cidade, para um Estado, ou nosso país, talvez não encontremos uma resposta. Então, será que a maioria dos diretores, gerentes de enfermagem, gerente de serviços, gestores ainda não tem claro qual é o modelo, qual é a teoria, qual é a definição de liderança que estão usando? E como estes fazem para avaliá-la?

Ao buscar respostas para essas indagações pretendo investigar a possibilidade da existência de um instrumento que permita avaliar a liderança, e seja possível sua aplicação no contexto nacional e com isso colaborar com o aumento do desempenho dos enfermeiros-líderes e outros profissionais de saúde, tanto com sua equipe, como na qualidade do cuidado.

1 INTRODUÇÃO

O mundo tem vivenciado, nas últimas décadas, um acelerado processo de desenvolvimento social, político, cultural e econômico, em razão das grandes mudanças ocasionadas pela revolução tecnológica, pelas complexas transformações demográficas e também pela globalização.

Essas mudanças influenciam diretamente o mundo do trabalho, pois levam as instituições a buscar por novas estruturas organizacionais para se tornarem mais democráticas, criativas e potencialmente mais produtivas do que foram anteriormente na história. Para isso, são exigidos profissionais cada vez mais preparados e qualificados, em todas as áreas de atuação, e que tenham uma nova visão de mundo, que sejam competentes, visionários, compromissados, honestos, com atitudes positivas e autodisciplina, valores esses que estão envolvidos com um termo que tem sido motivo de grandes discussões atualmente nas organizações: a liderança (SOUZA; BARROSO, 2009).

A liderança consiste em um tipo de poder pessoal, por meio do qual uma pessoa exerce influências sobre os demais em uma organização, agindo no sentido de, intencionalmente, identificar ou provocar o comportamento das mesmas (ALMEIDA, 2014).

Caracteriza-se a liderança como a interação entre membros de um mesmo grupo, envolvidos em uma estruturação de situações e de percepções que vem destacar nesse meio o espírito do líder, que deve deixar explícito que seus atos não afetam somente a si, mas também às outras pessoas que o rodeiam (COSTA; DALL´AGNOL, 2011).

Atualmente as organizações estão requerendo que as pessoas produzam cada vez mais e melhor, por isso é necessário que o trabalho seja desenvolvido em conjunto, que os relacionamentos sociais sejam mais intensos, que as ideias e os conhecimentos sejam intercambiados, que os valores sejam agregados e que o consenso seja alcançado pela participação nas decisões, o que requer líderes mais flexíveis e inovadores (CHIAVENATO, 2010).

As organizações incentivam, portanto, o trabalho em equipe, enfatizando a importância dos líderes nestes trabalhos. Buscam o *empowerment*, ou seja, procuram dar autonomia a seus colaboradores e força no trabalho conjunto, para que o desempenho das equipes seja conduzido e facilitado para um determinado objetivo. Neste sentido, Robbins (2005, p. 258) acrescenta que "a liderança é a capacidade que uma pessoa tem de exercer influência sobre o grupo para alcance

de metas", motivando os colaboradores, conduzindo as atividades da organização, selecionando os mais eficientes canais de comunicação e resolvendo os conflitos entre as pessoas.

Diante desse contexto, as organizações de saúde não podem ficar de fora, uma vez que necessitam responder adequadamente ao processo evolutivo da sociedade contemporânea, de forma a atenderem às necessidades da sociedade com maior equidade, eficiência e eficácia, empenhando-se na implantação de novos modelos de atenção e de gerenciamento (ALVES; COSTA, 2012).

Os serviços de saúde, incluindo os serviços hospitalares, estão acompanhando essas mudanças, por meio de um processo dinâmico de trabalho que inclui o enfermeiro que passa a assumir cargos de gerência nestas organizações, nos diversos níveis, seja em unidades de internação, seja em setores especializados ou em todo o serviço de enfermagem hospitalar (BASANELLI; CUNHA, 2015).

Desse modo, este profissional passa a gerenciar as organizações de saúde e os seus mais variados setores, deixando para trás antigos paradigmas, ao adotar novas e melhores posturas, dentre elas, a liderança (BERGAMINI, 2002). Atualmente entendida como competência, a liderança sinaliza um novo caminho para esse profissional, que substitui a visão tradicional por um trabalho que o gratifica mais e também à sua equipe.

A competência “liderança”, de acordo com Silva (2015), não é adquirida e desenvolvida somente pelo intelecto do indivíduo, ao realizar cursos de formação ou ler atentamente autores renomados sobre o assunto, mas especialmente, por ser praticada pelo profissional eficazmente em seu dia a dia. Trata-se de uma prática que exige do profissional o conhecimento acerca de quando e como falar, ouvir o outro, manter um relacionamento interpessoal harmônico e equilibrado com as pessoas, ser simpático, confiável, conselheiro, solidário, enfim, características estas que levam o profissional a ser um líder eficaz que, realmente, influencia os liderados, pois eles o reconhecem como uma pessoa de grandes qualidades e dignidades.

A liderança é reconhecida como uma das principais competências a serem adquiridas pelo profissional da saúde, em especial o enfermeiro, e esta deve estar pautada no compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade em tomar decisões, comunicação e gerenciamento de forma eficaz e efetiva, ou seja, a liderança interfere direta e indiretamente nas outras competências (PERES;

CIAMPONE, 2006).

Assim, a liderança passa a ser uma prática exigida do profissional de enfermagem, para a produtividade e a qualidade dos serviços de saúde, uma vez que lida com as mais diversas situações em seu processo de trabalho, cabendo-lhe ampliar seus requisitos de qualificação e também que sejam implantados modelos de formação e de gestão baseados em competências profissionais. Em outras palavras, os profissionais de enfermagem necessitam de atualização constante, de forma que possam conduzir com qualidade a equipe de trabalho (BUENO; BERNARDES, 2010).

No entanto, levando-se em consideração a situação atual da saúde no cenário brasileiro, verifica-se que as equipes de enfermagem nas organizações de saúde vivenciam inúmeras dificuldades em seu processo de trabalho, especialmente em relação à baixa remuneração, à insuficiência de recursos humanos e materiais, assim como, às escassas oportunidades de crescimento profissional (AMESTOY et al., 2010). Isto vem reforçar a necessidade da liderança como uma atitude que pode proporcionar benefícios, uma vez que o enfermeiro passa a ser um dos protagonistas responsáveis por conduzir e liderar a equipe para o alcance das metas e objetivos, por meio de motivação, estímulos, busca de satisfação e qualidade no trabalho.

Balsanelli e Cunha (2006) apontam que o enfermeiro traz em sua essência o contato com o outro, seja no exercício da arte de cuidar, como também gerindo equipes e preocupando-se com quem cuida, uma vez que resolve conflitos, pratica a equidade na tomada de decisões, norteia-se pela ética e lei do exercício profissional, orienta novas condutas, busca a participação de seus pares na construção de planos e projetos, enfim, serve de inspiração para que existam seguidores dispostos a trilhar seus caminhos.

Nesse sentido, corroborando as afirmações acima, Gelbeck et al. (2008) afirmam que a liderança é considerada uma das mais relevantes competências do enfermeiro, pois, por meio dela, esse profissional pode se precaver em determinadas situações em que necessita tomar decisões, assim como usar atitudes responsáveis que possam dar resultados positivos no futuro. Para isso, é necessário que este organize o trabalho de forma que cada um dos que integram sua equipe possa contribuir eficientemente e usar de competências para atender às pessoas que necessitam de seus serviços.

Nas organizações de saúde, assim como nas demais organizações, os cargos precisam de coordenação, os serviços necessitam de chefia, as equipes de enfermagem devem ter supervisão, o que leva à necessidade de se adotar comportamentos de liderança como a iniciativa, a defesa de pontos de vista, o comprometimento com o trabalho e a motivação da equipe de trabalho. Por isso, é necessário que líderes sejam desenvolvidos nestas organizações (SANTOS; CASTRO, 2010).

É válido ressaltar que o meio em que um líder atua pode modificar suas ações. Um exemplo são as políticas organizacionais que determinam os regulamentos a serem seguidos, podendo, assim, limitar o modo de liderar. Nesse sentido, as exigências crescentes de produtividade e de qualidade, em um contexto de mercado de trabalho instável e flexível, ampliam os requisitos de qualificação dos trabalhadores e tornam cada vez mais generalizada a implantação de modelos de formação e de gestão baseados em competências profissionais (BUENO; BERNARDES, 2010; COSTA; DALL'AGNOL, 2011).

No entanto, a adoção, a implementação e sustentação de práticas inovadoras de liderança estão se tornando cada vez mais importantes, não só para o profissional, como também para as organizações de saúde como proposta de se vislumbrar a melhoria na qualidade da assistência prestada.

Entretanto, mesmo com todas as transformações ocorridas, a tecnologia ainda não substituiu a necessidade de orientar pessoas para alcançarem objetivos e metas, pois o capital humano continua a ser o bem mais valioso de uma empresa (BALSANELLI; CUNHA, 2006).

Pensando nessa prática, em consonância com as principais políticas do Ministério da Saúde, faz-se necessária a adoção de um estilo de liderança mais flexível, que vislumbre a humanização do cuidado e a intensa comunicação em todos os níveis de atuação.

Porém, um enfermeiro somente poderá exercer a liderança de modo efetivo quando se transformar pessoal e profissionalmente, de forma a aprimorar as suas habilidades técnicas, científicas e interpessoais (SIMOES; FÁVERO, 2003).

Os cuidados de saúde abordam questões críticas sobre liderança e desempenho organizacional, como, por exemplo, assegurar a existência de uma liderança preparada para enfrentar os desafios futuros, transformar os profissionais de saúde que atuam em equipes com atividades de alto desempenho, alinhar os

sistemas de gestão para dar apoio à mudança cultural e desenvolvimento profissional contínuo, além de criar uma cultura organizacional dedicada à qualidade (NATIONAL CENTER HEALTHCARE LEADERSHIP, 2011).

A gestão eficaz é um aspecto vital do papel do líder, uma vez que garante elevados padrões de cuidado, boa comunicação e trabalho em equipe. Uma equipe que é bem gerida apresenta um melhor desempenho, tornando-se assim mais produtiva (KEEGAL, 2013). Dessa forma, é importante que aqueles que exercem a liderança estejam engajados em um ambiente no qual seja adotado um modelo de gestão flexível, de modo que o processo de trabalho seja pautado no estabelecimento de equipes verdadeiramente integradas.

Amestoy et al. (2012) afirmam que a liderança desenvolvida no ambiente hospitalar potencializa o cuidado e auxilia o enfermeiro na construção de um ambiente de trabalho satisfatório, por meio de vínculos profissionais saudáveis e de processos dialógicos entre o enfermeiro e os demais integrantes da equipe multiprofissional.

Dentre as características e qualidades que um bom líder deve possuir, destacam-se: visão, competência, habilidades de comunicação, tomada de decisão, planejamento, capacidade de resolução de problemas, estabilidade emocional e bom relacionamento com os liderados (STEWART, 2012).

Balsanelli e Cunha (2015) afirmam que a liderança a ser desenvolvida pelo enfermeiro necessita de um plano de desenvolvimento individual, que contemple quais conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e entregas são necessários para exercer esta competência.

No entanto, os enfermeiros ainda sentem dificuldade em compreender exatamente o que seja a liderança, embora saibam que ela é de grande relevância no seu cotidiano, mas a entendem como um conceito que se relaciona com a burocracia na realização das tarefas (AMESTOY, 2008).

Isso se deve ao fato de que muitos profissionais ainda consideram a liderança muito associada ao formal, impessoal, às regras rígidas, cujos líderes devem desempenhar um papel de poder e executar um modelo gerencial racional e sistematizado. Contudo, a liderança evoluiu e, atualmente, encontra-se mais voltada para o informal, para o sentimental, para o afetivo, o que tem gerado melhores resultados no ambiente de trabalho e nas relações interpessoais (MOTTA; VASCONCELOS, 2008).

Robbins (2005) ressalta que a burocracia deve ser esquecida e que os líderes precisam assistir e orientar as suas equipes e preocupar-se com o desenvolvimento e a autoestima delas, para que cada um deles possa se realizar como profissional e como pessoa. Por isso, cabe aos líderes atuarem na busca da excelência empresarial, adotando um novo modelo de liderar, que seja voltado para a prática das filosofias de trabalho, procurando motivar cada elemento da equipe no ambiente organizacional.

Para ser um líder eficaz, é necessário que o profissional adapte o seu estilo de comportamento às necessidades de seus liderados, sendo esse um desafio, já que as necessidades são variadas e distintas. Desta forma, entende-se que a burocracia e o medo de errar não são mais eficazes para as organizações, em razão de que os ambientes organizacionais necessitam muito mais de energia para aperfeiçoar seus resultados, cabendo ao líder ser flexível, entender as necessidades de seus liderados e motivar sua equipe (SILVA, 2006).

Feliciano (2010) sintetiza que,

> "o líder deve estar atento para distinguir e valorizar as diferenças entre cada componente da equipe. Isso faz com que sejam aproveitadas as características individuais de cada um, tanto de personalidade como de experiência profissional. O colaborador se sente respeitado, passa a ousar mais, sem medo de ser diferente dos outros" (p.15).

Sobretudo Amestoy et al. (2010), em estudos realizados a respeito da liderança em âmbito hospitalar, observaram que não são suficientes apenas investimentos para aprimorar profissionais-líderes, devendo haver também o desenvolvimento de colaboradores, especialmente na enfermagem, por se tratar de uma profissão cujo processo de trabalho é coletivo. Por isso, é necessário que o enfermeiro-líder seja um aprendiz permanente, para que a partir daí possa ser um desenvolvedor de pessoas.

O desempenho e a eficiência do papel deste enfermeiro-líder dependem de sua maneira de se comunicar, do conhecimento que possui dos mais variados estilos de gestão e liderança e também do clima organizacional (EUSTACE; MARTINS, 2014).

Alarcão e Rua (2005) afirmam que em relação à competência profissional o enfermeiro envolve, em si mesmo, três subcompetências fundamentais: a primeira delas se refere à competência cognitiva que, entre outros componentes, implica na

identificação das necessidades do cliente; a análise e interpretação da informação recolhida; a planificação das atividades de acordo com as prioridades de cada situação; a justificação das intervenções; a avaliação da evolução de cada situação clínica. A segunda, a competência técnica, que pode subdividir-se em microcompetências como, por exemplo, efetuar corretamente os procedimentos respeitando as normas estabelecidas; possuir destreza manual; utilizar o material adequado a cada situação. A terceira e última subcompetência é a competência comunicacional, que implica em um conjunto de microcompetências, tais como: saber ouvir; comunicar de forma adequada as características do cliente/família; efetuar ensinos oportunos; registrar de forma sistematizada a informação; transmitir informações corretas e pertinentes e estabelecer uma relação de ajuda.

Assim, reitera-se que a comunicação se apresenta como uma das habilidades gerenciais de maior responsabilidade sobre o sucesso ou fracasso nas relações interpessoais no trabalho e também para detectar eventuais problemas e propor mudanças, cabendo ao líder estar habilitado com uma eficaz comunicação gerencial para colher bons resultados de sua equipe (LANZONI; MEIRELLES, 2011).

A comunicação é o processo que possibilita o convívio com os demais, sendo uma das habilidades mais importantes da vida. Trata-se de um processo interativo e construtor, tanto da identidade como da realidade, por intermédio da linguagem, e é influenciada, como todos os indivíduos, pelo contexto, pela sociedade e pelo momento histórico vivido. Cada pessoa tem seu mapa do mundo, assim como sua própria interpretação das palavras, além do sentido gramatical. Entretanto, é possível prever intenções por meio da linguagem corporal e do tom de voz. A comunicação requer aprendizado diário e não vem com manual de instruções (GUIX, 2008).

Muitas organizações vivenciam graves problemas devido à falha na comunicação interna, as quais podem esconder sérios problemas de relacionamento e de ajuste de foco.

Para Bueno (2005), existe um descompasso entre teoria e prática no que se refere à comunicação empresarial brasileira, visto que os grandes executivos possuem um discurso perfeito, elaboram campanhas, mas fazem isto apenas para que os funcionários vistam a camisa da empresa ou limpem a imagem da mesma. Porém, quando os funcionários precisam passar uma mensagem, esses mesmos executivos se recusam a ouvi-los, não havendo, então, o exercício da liderança

pautada no vínculo, e também no diálogo, o que pode levar à desmotivação.

No contexto da saúde e da enfermagem, associação da junção do diálogo e da escuta faz com estes se transformem em ferramentas fundamentais para que ocorra o trabalho em equipe. Quando questionados, os profissionais apontam estes fatos como pontos importantes para a criação de vínculos, o que facilitaria o estabelecimento do trabalho em equipe (LIMA et al., 2016).

Portanto, a comunicação organizacional já não mais se resume em somente transmitir informações, mas também, em transformar comportamentos dos colaboradores para que os mesmos possam realizar um trabalho com mais qualidade, de modo a impulsionar as organizações rumo às suas metas e seus objetivos.

Além da comunicação, outros fatores que influenciam a qualidade da liderança são: o clima de cooperação entre os membros da equipe, o modelo de papel exercido pelo líder e o estilo de liderança adotado. Quando o líder consegue criar um clima de confiança entre os membros da equipe, quando esta equipe se sentir motivada, certamente ocorrerão satisfação no trabalho e boas relações na organização. Sobretudo, quando estas condições não são desenvolvidas pelo líder, gera prejuízos tanto à organização, quanto em seu ambiente e às suas pessoas (ASEGID; BELACHEW; YIMAM, 2014).

Isso leva a compreender a necessidade de o enfermeiro-líder se potencializar e melhorar continuamente o seu processo gerencial, desenvolvendo constantemente suas habilidades de liderança, principalmente em relação à comunicação, ao desenvolvimento de um bom ambiente organizacional, de forma que os resultados de sua liderança possam ser satisfatórios para todos os envolvidos.

Nesse contexto, se faz imperativa a constante atualização desse profissional, objetivando oferecer qualidade à assistência e possibilitando crescimento e desenvolvimento profissional, pois a desinformação e o comodismo limitam o processo de liderar do enfermeiro (RIBEIRO; SANTOS; MEIRA, 2006).

1.1 A liderança e a capacidade de influenciar pessoas

A liderança, de acordo com Robbins (2002, p.34), é definida como "a capacidade que uma pessoa tem de influenciar uma equipe em direção ao alcance de uma meta, por meio de objetivos". Já para Maximiano (2011), a liderança é um dos papéis dos administradores, ao influenciarem o comportamento de seus liderados, o que é alcançado por meio da motivação, em uma situação em que o líder depende dos liderados e vice-versa, só havendo liderança quando há liderados que seguem o líder, que acatam as suas ideias e aceitam sua influência por alguma razão.

De acordo com Kotler (2000), liderança e gerenciamento não podem ser entendidos como sinônimos, uma vez que são dois sistemas de ações distintos, mas que se complementam. Gerenciar consiste em lidar com a complexidade, enquanto que liderar significa lidar com as mudanças. Quanto mais mudanças ocorrerem, mais liderança é exigida, uma vez que a principal função do líder é fazer mudanças.

O autor complementa que bons líderes são aqueles que conseguem motivar de diversas formas; são os que explicam a visão da empresa, que envolvem as pessoas nas decisões quanto ao modo de concretizar a visão, que motivam as pessoas a serem líderes e criam oportunidades desafiadoras para os seus funcionários. Portanto, a ação do líder não pressupõe passividade do liderado, mas o contrário. A autoridade do líder parece vir mais da habilidade de interagir adequadamente do que do poder formal que a posição ocupada possa ter.

Para Covey (2002), a liderança é a arte de capacitar as pessoas para reforçar o poder das mesmas, aproveitando os seus recursos físicos, mentais, sentimentais e espirituais, e posicionando-as como seres humanos integrais, conhecedores de que constituem o papel ativo de maior valor em qualquer organização.

Muitos estudos foram e ainda são realizados para investigar a liderança, por meio do desenvolvimento de modelos para explicar esse fenômeno, os quais se fundamentam em diferentes teorias que são apresentadas a seguir.

1.2 Principais teorias da liderança

Devido ao impacto que os líderes tendem a causar na vida das pessoas e nas organizações, a complexidade do tema já gerou um grande número de questionamentos e, consequentemente, a criação de várias teorias ou modelos de liderança.

Algumas teorias de liderança, além de enfatizar a necessidade do líder em se adaptar às exigências do contexto, incluem também aspectos relacionados com características de personalidade e comportamentos considerados mais eficazes (GOMES; CRUZ, 2007).

Essas teorias são classificadas em tradicionais, como as teorias dos traços de personalidade, a situacional ou comportamental e a contingencial, além das chamadas contemporâneas ou atuais, entre elas a teoria da liderança transacional, liderança transformacional, liderança carismática e a liderança autêntica, liderança servidora e a liderança *coaching*.

No campo das teorias tradicionais de liderança, Chiavenato (2005) afirma que, na teoria dos traços da personalidade, existem certos traços ou características capazes de caracterizar os líderes.

A teoria dos traços da personalidade define os traços como: físicos, intelectuais, sociais e direcionados para a tarefa que diferencia os líderes.

Os traços físicos têm relação com a aparência, estatura e a força física, enquanto os traços intelectuais se ligam às características de adaptação, motivação, autoconfiança e alto coeficiente intelectual. Já os traços sociais se relacionam aos aspectos de cooperação, habilidades interpessoais e habilidades administrativas. Por fim, os traços relacionados à tarefa estão ligados às características de iniciativa, persistência e realização (CAVALCANTI et al., 2006).

Sendo assim, é possível verificar que certos indivíduos nascem com a aptidão de liderar, o que é demonstrado por meio de suas atitudes e comportamentos. Nesses casos, considera-se a liderança uma capacidade natural e inata do indivíduo. Por outro lado, a compreensão da liderança como uma habilidade que pode ser desenvolvida, desconstrói todo o paradigma de que a liderança é um atributo de poucos (MUSSUMECI et al., 2014).

A teoria dos traços da personalidade foi alvo de críticas, por ser pouco precisa em relação ao método de medição e por não considerar a situação dentro da qual atua a liderança, sendo substituída mais tarde, por um modelo que atendesse a essa exigência: a teoria da liderança comportamental (CAVALCANTI et al., 2006).

A teoria da liderança comportamental surgiu como a tentativa de dar respostas aos questionamentos provenientes da teoria dos traços. Assim, essa abordagem buscou oferecer respostas mais sustentadas sobre a natureza da liderança, realizando a defesa de que o sucesso da liderança não somente é uma combinação de características, mas, acima de tudo, de um padrão de comportamento, o qual caracteriza um estilo de liderança (CAVALCANTI et al., 2006).

Marquis e Huston (2010) afirmam que, desta abordagem da liderança comportamental, três formas primárias de liderança foram identificadas: a autocrática, a democrática e a *laissez-faire*.

A liderança autocrática é um estilo de liderança que se caracteriza pelo controle individual sobre todas as decisões e pelas poucas opiniões dos membros do grupo, escolhendo com base nas suas ideias e julgamentos. Dessa maneira, entende-se que liderança autocrática envolve controle absoluto e autoritarismo sobre um grupo (SOUZA; BARROSO, 2009).

Esse estilo de liderança resulta em ações de grupos bem definidas que são geralmente previsíveis, reduzindo a frustração no grupo de trabalho e dando aos membros uma sensação de estabilidade. A produtividade é geralmente alta, mas a criatividade, a automotivação e a autonomia são reduzidas. Esse estilo é útil em situações de crise, como exemplo utilizado nas forças armadas (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Nessa direção, a literatura demonstra que apesar de haver situações em que o estilo de liderança autocrática seja vantajoso, também existem outras situações em que a liderança autocrática se torna problemática e poderá trazer desvantagens. Isso ocorre quando o líder abusa desse tipo de liderança, podendo ser visto pelos trabalhadores como extremamente controlador.

Já na liderança democrática, o líder interage bem com a equipe e com os indivíduos; é encorajador da participação das pessoas; é preocupado com o trabalho e com sua equipe. Este tipo de líder orienta a equipe e a ajuda na identificação e solução dos eventuais problemas, por meio da coordenação das atividades e

sugestões de ideias (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Para Araújo (2006, p. 35), o nível de intervenção do líder é médio e se trata de um estilo que também é chamado de participativo, neste sentido o líder compartilha com os elementos da equipe de liderados a sua responsabilidade de liderança, de forma a envolver cada um no processo de tomada de decisão, levando o grupo a "participar da programação do trabalho, da divisão das tarefas e das decisões que são tomadas a partir das discussões do grupo".

Chiavenato (2010) complementa que a característica mais acentuada do líder democrático é compartilhar suas decisões e atividades com os membros da equipe liderada, em razão de que se trata de um profissional com uma visão diferente em relação ao ser humano e a si próprio, uma vez que não se considera o dono da verdade, mas sim que todos podem colaborar para se chegar à verdade, podendo todos agir com autonomia e responsabilidade. O líder democrático se atenta para as relações interpessoais e considera que o poder que possui depende do quanto a equipe acredita em seu potencial.

Quanto aos resultados das equipes subordinadas a este tipo de liderança, estes são representados por melhor produtividade e qualidade de trabalho, acompanhados de um clima de satisfação, integração, responsabilidade e comprometimento das pessoas.

Para grupos que trabalham juntos por períodos longos, a liderança democrática promove a autonomia e o crescimento individual dos trabalhadores, embora leve mais tempo e, portanto, pode ser frustrante para aqueles que desejam decisões rápidas (MARQUIS; HUSTON, 2010).

A liderança *laissez-faire* é o tipo de liderança cujo líder deixa o grupo totalmente à vontade, é permissivo, com pouco ou nenhum controle, oferece pouca ou nenhuma orientação, dispersa a tomada de decisões por todo o grupo. Por não ser dirigida, como consequência, pode ser frustrante e gerar apatia e desinteresse por parte do grupo (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Oliveira (2011) afirma que a expressão *laissez-faire* é de origem francesa, cujo significado é "deixar fazer, deixar ir, deixar passar”. Um líder liberal é aquele que não apresenta nenhuma preocupação com as pessoas nem com a própria tarefa. Trata-se de um líder desmotivado e sem responsabilidade para com o pessoal que gere. Este tipo de líder pode levar à ocorrência de conflitos e problemas na produção, em razão de que ele não tem a preocupação de solucionar estes

problemas antecipadamente, deixando que a equipe o faça.

Melleiro (2013) acrescenta que, no estilo de liderança *laissez-faire,* o líder evita responsabilidades, é ausente e não toma decisões, conferindo autoridade e poder a seus liderados, cabendo-lhes estabelecer os objetivos, solucionar conflitos e problemas e tomar suas próprias decisões.

Dentro da teoria comportamental, outra forma de gestão é o tipo denominado gerenciamento por exceção passivo, é aquela em que o líder não responde aos problemas e às situações diretamente. Desse modo, líderes passivos não especificam acordos, não esclarecem expectativas e nem estabelecem metas e padrões para os seus seguidores. Esse estilo de liderança é semelhante ao *laissez-faire*, obtendo muitos resultados negativos (BASS: AVOLIO, 2004).

Para melhores esclarecimentos de diferenciações, Bass e Avolio (2004) explicam esses dois comportamentos ligados à liderança “passiva” ou “ausente”. No caso, no Gerenciamento por Exceção Passivo, os líderes não se envolvem até que os problemas se tornem graves, não são proativos, só agindo depois que algo está indo mal, ou esperam que um problema se torne crônico antes de tomar uma decisão. Enquanto que para o *laissez-faire*: o líder responde às questões urgentes de forma muita lenta e quando é necessário está sempre ausente, tentando não se envolver em assuntos importantes ou tomar qualquer decisão.

Além da Abordagem Comportamental, há de se destacar as teorias contingenciais ou situacionais. Estas são centradas no líder, nos liderados e na situação e finalizam o contexto das lideranças tradicionais, tendo como principais abordagens o modelo de Fiedler; a teoria situacional de Hersey e Blanchard (1986); o modelo de liderança de trajetória-meta de Robert House; e o modelo de liderança participativa.

A Teoria Contingencial de Fiedler iniciou-se na década de 1950 fundamentada na ideia de que o desempenho do grupo é contingencial, conforme sua independência e as situações favoráveis para o líder (CRUZ, NUNES; PINHEIRO, 2010).

Jesuíno (2005) enfatiza que, em sua teoria, Fiedler relaciona os diferentes estilos de liderança com as mais variadas situações, de forma a conhecer as contingências que fazem com que um ou outro estilo se torne eficaz, levando em consideração que há líderes motivados para as tarefas, que são aqueles preocupados em atingir os objetivos preestabelecidos, e que há, também, líderes

motivados pelos relacionamentos, que são os que se preocupam em estreitar as relações interpessoais.

De acordo com Fiedler (1965), é impossível o indivíduo, ao mesmo tempo, ser voltado para as tarefas e para as relações. Logicamente, o líder sente maior conforto quando pratica o seu próprio comportamento de liderança, de acordo com sua personalidade básica, ou seja, se direciona só para as tarefas ou só para as relações.

Desse modo, pode-se dizer que Fiedler contribuiu para as teorias de liderança no sentido de sugerir que sejam desenvolvidas medidas de situações variáveis, e que as mesmas sejam integradas à avaliação da eficácia da liderança, o que possa ser muito relevante para que ocorra o surgimento de mais estudos sobre essa competência.

Já a teoria da liderança contingencial ou situacional de Hersey e Blanchard (1986) é também conhecida como teoria dos ciclos de vida, a qual se fundamenta na ideia formulada em estudos realizados na Universidade de Ohio, que considera que o comportamento e a forma como atua o líder dependem do nível de maturidade dos liderados e, quanto mais evolui esta maturidade, mais é alterado o estilo de liderança.

Dessa forma, quatro são os níveis de maturidade que Hersey e Blanchard identificaram para serem aplicados pelo líder:

> a) sujeitos com nível baixo de maturidade, sem capacidade e nem vontade de assumir responsabilidade de fazer algo (M1), o líder deve dar ordens, dirigir, especificar, onde cabe o estilo Direção (determinar) (S1); b) os indivíduos que não sabem e não querem assumir responsabilidades, são dos de maturidade baixa ou moderada (M2), o líder deve vender a solução para o problema, persuadindo-os, sendo o estilo Direção e Apoio (Persuadir) (S2); c) os sujeitos que sabem, mas não querem assumir as responsabilidades, apresentam maturidade moderada e alta (M3), devem ser estimulados e chamados a participar na tomada de decisões, qual o estilo adequado é o Motivação (Compartilhar) (S3); d) sempre que os subordinados sabem e estão dispostos a assumir responsabilidades, maturidade alta (M4), o líder deve delegar (S4) (HERSEY; BLANCHARD, 1986, p. 89).

Assim, o modelo de liderança contingencial de Hersey e Blanchard tem foco voltado para os seguidores. Segundo essa teoria, a liderança eficaz só será possível quando a seleção de um estilo de liderança se adequar ao nível de preparo ou de maturidade dos seus seguidores (CAVALCANTI et al., 2006).

O modelo de liderança de trajetória-meta de Robert House é aquele no qual o líder ajuda os liderados no alcance das metas, fornecendo-lhes a direção necessária e apoiando-os, de forma a assegurar-lhes que as suas metas sejam compatíveis com os objetivos gerais do grupo ou organização. Neste modelo de liderança, o líder eficaz traça o caminho que leva ao alcance dos objetivos de trabalho, reduz as barreiras e dificuldades, auxilia, apoia e recompensa os subordinados para que cumpram as metas e objetivos (WAGNER III; HOLLENBECK, 2003).

Cavalcanti et al. (2006) sustentam a afirmação de que, neste modelo de liderança de trajetória-meta, os líderes identificam as necessidades dos empregados, estabelecem as metas apropriadas para oferecer a devida assessoria não só para a realização das tarefas, mas para os aspectos psicológicos de sua personalidade. Observa-se, portanto, nesse caso, que os resultados esperados se referem à motivação, à satisfação e ao desempenho dos empregados.

A teoria trajetória-meta tem como foco a tarefa, o subordinado e o líder, buscando a identificação dos efeitos que o comportamento do líder produz nos mais variados resultados dos subordinados, tais como motivação, satisfação, cognições e comportamentos (SCHRIESHEIM; NEIDER, 1996). Consiste em uma teoria cujo desenvolvimento tem a finalidade de explicar de que forma o comportamento do líder influencia a satisfação e o desempenho de um subordinado (WAGNER III; HOLLENBECK, 2003).

A teoria trajetória-meta permite ao líder quatro escolhas para desenvolver uma liderança adequada, para que possa enfrentar as respectivas demandas contingenciais. A primeira escolha é a liderança diretiva que dá ênfase à iniciativa e à definição de diretrizes sobre a comunicação das expectativas. A segunda se refere à liderança de apoio, que está relacionada à preocupação com o bem-estar dos subordinados e ao desenvolvimento de relacionamentos entre líder e liderados reciprocamente satisfatórios. A liderança participativa vem em terceiro lugar, com a característica de envolver a solicitação de sugestão aos liderados e, assim, usá-la para tomada de decisão. Como quarta opção, aparece a liderança orientada para a realização, cujo líder conta com o comprometimento e envolvimento de todos os membros do grupo, estabelece metas desafiadoras, promove a melhoria do trabalho, criando um grau elevado de expectativas positivas a todos os membros da equipe (DUBRIN, 2006).

Além dos quatro tipos comportamentais de líder, o modelo de teoria

trajetória-meta inclui dois tipos de fatores situacionais: as características ambientais e características dos subordinados. As características ambientais estão fora do controle dos subordinados e estão submetidas ao cumprimento das tarefas, à formalização da autoridade da organização e ao grupo de trabalho. As características dos subordinados se dão pelo fato de estas estarem inseridas nas suas características individuais, abrangendo o grau de controle necessário para a tomada de decisão, além da sua experiência, sua autopercepção e habilidades (aptidão). Assim, o estilo da tarefa e do subordinado interfere diretamente no estilo comportamental a ser assumido pelo líder (CAVALCANTI et al., 2006).

No contexto das teorias contemporâneas de liderança, destaca-se como principais a teoria da liderança transacional, a liderança transformacional, liderança carismática, liderança autêntica, liderança servidora e a liderança *coaching*.

Assim, no final da década de 1970, Burns desenvolveu uma teoria para explicar as diferenças entre o comportamento dos líderes, usando os termos liderança transacional e transformacional. Os líderes transacionais foram definidos como pessoas que dão ênfase ao trabalho padronizado e às tarefas orientadas, cujo foco está na finalização de tarefas, com recompensas ou punições, a fim de influenciar e melhorar o desempenho dos empregados. Em contraste, os líderes transformacionais foram definidos como aqueles que identificam potencial em seus seguidores (JOGULU; WOOD, 2006).

Para Burns (1978), liderança transacional é aquela em que ocorre a troca entre o líder e o subordinado, sendo que este último é recompensado para se submeter ao que deseja o líder.

A liderança transacional é bem similar à forma comum de gestão, na qual a finalidade dos gerentes é o alcance das metas organizacionais por meio de recompensas aos subordinados, ou seja, estímulo da troca, com recompensas e reconhecimento pelo trabalho bem realizado. Consiste em um tipo de liderança que pode levar ao sucesso esperado, devido ao elevado grau de monitoramento e gerenciamento das rotinas de trabalho. Quanto às recompensas, estas podem ser aumento de salários, promoção de cargos e liberdade para fazer outras atividades no horário de trabalho (CAVALCANTI et al., 2006; MAXIMIANO, 2011).

Neste caso, ambos podem atingir níveis de satisfação muito mais elevados, de forma a favorecer autorrealização em detrimento dos seus interesses imediatos (BASS, 1985).

Por outro lado, a liderança transformacional, de acordo com Burns (1978), é aquela em que o líder e o liderado são motivados a produzir, pois possuem um propósito maior.

Trata-se de um tipo de liderança que possui um caráter amplo, visionário e carismático para a gestão dos liderados, por isso se apresenta como uma das mais populares na atualidade. A forma com que o líder se relaciona com seus liderados é menos coercitiva e mais inspiradora, pois os liderados são inspirados pelo líder para executarem o trabalho com mais dedicação e empenho (HITT; MILLER; COLELLA, 2013; WAGNER III; HOLLENBECK, 2009).

Neste tipo de liderança, os líderes são visionários, enfrentam os problemas, possuem energias que lhes dão forças e conseguem vencer grandes desafios em tempos turbulentos (BASS, 1985).

Para Burns (1978), o líder transformador é capaz de fazer os seguidores abdicarem de suas próprias preocupações e batalharem por um objetivo comum para alcançar metas nunca imaginadas como possíveis.

Assim, um dos papéis centrais do líder transformacional é atuar de forma que o grupo se sinta estimulado a adotar a perspectiva pós-convencional. Então, a mobilização que o líder transformacional obtém de seu grupo é, antes de tudo, fruto de um comprometimento deste com uma causa compartilhada pelo grupo, do que da influência pessoal tradicionalmente associada à figura do líder (BARBUTO; WHEELER, 2006).

Segundo Bass (1985, p. 74), “a liderança transacional e a liderança transformacional são partes que constituem diferentes dimensões de comportamento, e não são simplesmente pólos opostos de uma só dimensão bipolar”, uma vez que na primeira é realizada uma relação de troca entre líderes e liderados e estes são recompensados ou prestigiados para cumprirem com os desejos dos líderes. Já na liderança transformacional, mais voltada para a psicologia, os líderes conseguem influenciar os processos moldando, alterando e engrandecendo as causas, os valores e os objetivos dos liderados.

A seguir, apresenta-se uma síntese (Quadro1) com as diferenças entre liderança transacional e transformacional, de acordo com Covey (1992).

Liderança transacional	Liderança transformacional
Baseia-se na necessidade de o homem fazer o seu trabalho e ganhar a vida.	Baseia-se na necessidade da busca pelo significado do homem.
Preocupa-se com poder e posição, políticas e regalias.	Preocupa-se com os fins e valores, moral e ética.
É presa a assuntos quotidianos.	Transcende os assuntos quotidianos.
É a curto prazo orientada a dados concretos.	É orientada para metas em longo prazo, sem comprometer valores humanos e princípios.
Foca-se em aspectos tácticos.	Foca-se mais na missão e estratégia.
Assenta em relações humanas para agilizar as interações humanas.	Liberta o potencial humano – identificando e desenvolvendo novos talentos;
Segue e cumpre as expectativas de cada função, esforçando-se para trabalhar de forma eficaz dentro do sistema vigente.	Cria e recria os postos de trabalho para torná-los significativos e desafiantes.
Apoia as estruturas e sistemas que reforçam a *bottom line*, maximizam a eficiência e garantem lucros a curto prazo, reforçando os valores e objetivos fundamentais.	Alinha as estruturas e sistemas internos para reforçar os valores e objetivos fundamentais.

Quadro 1 - Síntese das diferenças entre as lideranças transacional e transformacional por Covey (1992)

Como discorrido anteriormente, a perspectiva da liderança transformacional foi apresentada pela primeira vez por Burns (1978). No entanto, outros autores da época desenvolveram propostas muito semelhantes, o que fez com que houvesse uma convergência desses estudos para uma mesma abordagem, em que o gerente se assume como o principal ator de análise da liderança – visão essa que, segundo Vizeu (2011), predominava na década de 1970.

Uma dessas propostas se refere à liderança carismática que se caracteriza como uma das primeiras tentativas de estruturar os dados e pressupostos num único modelo, sendo idealizada por House (1977). O interesse desse autor traduziu-se em estruturar um conjunto de hipóteses sobre as características e comportamentos dos líderes carismáticos que ajudavam a explicar a adaptação dos mesmos a diferentes situações, bem como a eficácia obtida nas funções exercidas (GOMES; CRUZ, 2007).

A teoria da liderança carismática implica na ideia de que os liderados consideram o seu líder com capacidades e talentos excepcionais, chegando mesmo a idolatrarem o líder como um herói super-humano ou uma figura espiritual (BASS, 1985).

Dubrin (2006) ressalta que o carisma não é, necessariamente, um grupo de características e comportamento místicos, inatos, mas, sobretudo é uma habilidade a ser adquirida. Em relação aos aspectos pessoais, foram apontados os atributos de personalidade: níveis elevados de autoconfiança, tendência para dominar as relações com os outros, necessidade de influenciar o pensamento das outras pessoas e uma grande convicção acerca da virtude das suas ideias e padrões morais. O mesmo autor relata que o carisma em um líder geralmente inspira os membros do grupo e facilita as transformações. Contudo, o carisma depende, em parte, da percepção da pessoa e envolve um relacionamento entre líder e o seguidor.

House (1977) descreveu um conjunto de estratégias para aumentar a percepção de carisma pelos membros do grupo. Na primeira, aponta-se a necessidade de os responsáveis se assumirem como modelos a serem seguidos, demonstrando um conjunto de valores e princípios que são representantes de seu carisma.

Em segundo lugar, e como forma de promover a aceitação das suas ideias, House (1977) afirma que devem adotar ações que aumentem a percepção de confiança e admiração, transmitindo uma imagem de competência e de sucesso. Devem, ainda, expressar ideais ou visões que compartilham o pensamento com os elementos do grupo, promovendo a coesão no seio da equipe de trabalho. O terceiro domínio refere-se às aspirações e expectativas exteriorizadas pelo líder relativamente às capacidades de todos os colaboradores, sendo sinais de carisma a manifestação de uma atitude de otimismo em face da possibilidade de os esforços do grupo poder, ao final, alcançar a realização dos objetivos traçados. Finalmente, o responsável também deve ser capaz de formular motivos para a execução das tarefas.

Neste caso, podem ser apontados como estratégias essenciais a estimulação do orgulho de pertencer ao grupo, o aumento da confiança na possibilidade de ultrapassarem as dificuldades impostas por outros concorrentes ou rivais da mesma área de atividade e a promoção de uma atitude de desafio no sentido de os outros acreditarem que são capazes de atingir padrões de excelência no trabalho (GOMES; CRUZ, 2007).

Já a teoria da liderança autêntica é uma abordagem recente e permeia uma gama variável de estudos e abordagens, porém, em linhas gerais todas elas

sugerem que a autenticidade tem como ponto inicial os próprios líderes por meio de sua autoconsciência, autoaceitação, autoconhecimento, autenticidade, ações e relacionamentos, passando pela promoção de relações autênticas com seus seguidores e associados, suportadas pela transparência, confiança, integridade e altos padrões morais (GARDNER et al., 2005).

Na primeira década do século atual, mais precisamente em 2003, as bases deste modelo de liderança foram lançadas por Avolio et al. (2004), mas posteriormente foram desenvolvidas em outros estudos, como os do próprio Avolio e Gardner (2005) que reuniram pesquisas de diferentes autores em uma edição especial da *Leadership Quarterly Journal,* sobre a liderança autêntica. A partir desta coletânea, um modelo foi sistematizado pelos referidos autores, no qual estavam incluídas diferentes teorias e metodologias a respeito do conceito de autenticidade, líderes autênticos, liderança autêntica e desenvolvimento de liderança autêntica (ESPER; CUNHA, 2015).

O modelo de liderança autêntica se caracteriza por líderes conscientes de suas fraquezas e pontos fortes, bem como por atitudes transparentes, conduta moral e ética, humildade no relacionamento com os liderados e tomadas de decisões equilibradas (sem distorções e exageros). Por outro lado, foi também criada a expressão "líder inautêntico", para designar o líder que engana os liderados, acionistas e ao público, em geral por não terem um nível alto de capacidade moral (VICENTINI, 2015).

Essa forma de liderança autêntica está fundamentada na compreensão e interpretação dos processos de avaliação observados ou experimentados, bem como, na ética nos processos de decisão. Há um consenso no que se refere a quatro componentes da liderança autêntica: processamento equilibrado; perspectiva moral internalizada; transparência nas relações e autoconhecimento (SANTOS; TECCHIO; FIALHO, 2014).

Sendo assim, as características da liderança autêntica podem contribuir com a construção de uma cultura organizacional baseada em valores éticos e morais, em um clima organizacional positivo e um desempenho organizacional pautado não somente em fatores financeiros, mas também em fatores humanos e sociais.

Diante desse cenário, a liderança autêntica pode contribuir com a gestão do conhecimento, visto que a ética e autenticidade nas relações podem favorecer a

criação e compartilhamento do conhecimento, contribuindo com o desempenho organizacional (SANTOS; TECCHIO; FIALHO, 2014).

A liderança servidora, primeiramente teorizada há quatro décadas (Greenleaf, 1970), foi originalmente descrita como uma filosofia de liderança que valoriza o serviço aos outros sobre interesses pessoais, sendo considerada uma relação de altruísmo (BARBUTO; WHEELER, 2006).

De acordo com Barbuto e Hayden (2011), Spears anteriormente identificou dez dimensões de liderança, porém, sem testes empíricos. Consequentemente, a liderança servidora foi vista, principalmente, como uma construção conceitual, embora considerada por alguns autores como um pouco evasiva, desprovida de qualquer quadro de consenso ou rigor empírico.

A construção foi rejuvenescida por um esclarecimento e um processo de desenvolvimento de uma escala que operacionaliza uma teoria testável de liderança (BARBUTO; WHEELER, 2006).

Assim, o *Servant Leadership Questionnaire* (SLQ), desenvolvido por Barbuto e Wheeler (2006), foi identificado e confirmado com definições operacionais para medir 11 características potenciais de liderança: chamar, escuta, empatia, cura emocional, consciência, persuasão, conceituação, previdência, administração, compromisso e desenvolvimento comunitário (BARBUTO; HAYDEN, 2011).

Com vistas a reduzir o impacto negativo, quando o profissional chega ao mercado de trabalho e assume a liderança de instituições hospitalares, este necessita de uma melhor qualificação para esse novo papel, em razão de que são esperadas muitas competências e habilidades para que influenciem a equipe a trabalhar com entusiasmo e a se identificar com os objetivos da instituição. Uma das estratégias para transformar esse profissional ocorre por meio do Programa de Liderança *Coaching*.

A liderança é um fator imprescindível às empresas, pois por meio dela as pessoas são estimuladas para o trabalho, para as inovações, para a criatividade e participação. Com uma liderança eficaz, as empresas podem ver os seus esforços sendo concretizados e, consequentemente, a otimização de seus resultados. Assim, se uma empresa possui uma liderança forte, certamente esta empresa ou instituição estará cada dia melhor. Porém, se possuir uma liderança fraca, seus resultados tendem a ser cada vez mais negativos (CHARAN, 2008).

Coaching consiste em um processo criado para ajudar as pessoas e os grupos a se transformarem, no sentido de enxergar o mundo com uma visão nova, de reavaliarem os seus valores e crenças, de buscarem novas aprendizagens, habilidades e capacidades, de modo a se tornarem prontos para servir diante de qualquer situação, eficientemente. Por isso, o *coaching* é um modo de provocação que constrói, que desafia e estimula em direção ao desenvolvimento e à aprendizagem continuamente (KRAUSZ, 2007).

A adoção da liderança *coaching* possibilita que as empresas olhem as relações no ambiente de trabalho de uma forma diferente, visto que é a partir dos conhecimentos e das experiências compartilhadas por colaboradores, líderes e empresários que as empresas conseguem crescer, amadurecer e inovar, alcançando os resultados que planeja, especialmente no âmbito da saúde. Alguns autores, como Gaudêncio (2007), Vendemiatti et al. (2010), Amestoy et al. (2010), Ramos, Freitas e Silva (2011) e outros mais concordam que a liderança precisa ser desenvolvida, pois se trata de um fenômeno que influencia e inspira pessoas a alcançarem metas, compartilhando esforços. Por isso, no contexto da saúde, especialmente na enfermagem, a liderança é uma competência que deve fazer parte das ações dos profissionais, necessitando ser incorporada à realidade cotidiana.

1.3 Liderança no mundo e no Brasil

O desenvolvimento de líderes capacitados e que possam exercer com eficiência e eficácia as suas funções não é uma tarefa das mais simples, o que tem levado as organizações a desenvolverem programas de avaliação e desenvolvimento de líderes, como contributo à evolução desses profissionais, uma vez que existe uma grande preocupação, no meio empresarial, com a sucessão de cargos e com a escassez de talentos no mercado (VASCONCELOS, 2013).

Pode-se afirmar que foi no início dos anos de 1990 que a figura do líder passou a ser mais valorizada. Porém, atualmente, a liderança já não se apresenta mais como uma mera característica considerada como um diferencial, mas sim uma tendência de gestão necessária para o sucesso das organizações (GASPAR;

PORTÁSIO, 2009).

Hoje no mundo, todos os líderes são entendidos como elementos imprescindíveis para o crescimento e desenvolvimento das empresas, visto que a esses profissionais cabe a responsabilidade de conduzir os demais profissionais e também as equipes, estrategicamente, com a finalidade de fazer com que as estratégias e objetivos das empresas se transformem em conquistas, por meio do estímulo ao engajamento, ao comprometimento e da motivação para o trabalho (VASCONCELOS, 2013).

Ser líder no mundo moderno significa possuir muita competência, em razão de que são os líderes quem comandam as pessoas na tarefa de desenvolver e proporcionar sucesso às empresas. Por isso, o líder da atualidade precisa ser flexível diante das inovações, colaborar com os funcionários na gestão, ter conhecimento da empresa como um todo, realizar a contratação de pessoas e a demissão de pessoas; dar *feedback*; trabalhar para que os valores e missão da empresa sejam constantemente fortalecidos; proporcionar motivação ao pessoal; ter pensamento positivo e ser ético, sendo este último fator, um dos mais relevantes que deve estar contido no perfil dos líderes (ANDRADE, 2003).

Kotter (2001) acrescenta que, embora a liderança seja imprescindível às organizações, no ano 2000, as empresas não tinham o hábito de desenvolver as potencialidades e habilidades dos líderes e as que se conscientizavam dessa necessidade ensinavam às pessoas uma vasta gama de capacidades de liderança e de perspectivas, além de como lidar com as dificuldades de liderança e com o desenvolvimento do potencial para produzir mudança.

Goffee e Jones (2000) consideram que, em um passado recente, as qualidades requeridas para os líderes eram as quatro: visão, energia, autoridade e direção estratégica, sendo que as quatro deveriam ser empregadas juntas, tanto misturadas como combinadas.

Sobretudo, Gomes (2015) afirma que as exigências em relação às características dos líderes vêm mudando no decorrer dos tempos, pois, atualmente, um líder ideal é aquele que assume o papel de “andragogo” (que aprende a ensinar adultos), que abandona o *status* de centralizador do conhecimento, que compartilha esse conhecimento com a organização e com a equipe e que lhes proporciona liberdade para pensar e autonomia para agir.

Nos dias atuais, para enfrentar os problemas do mundo incerto, as

organizações do mundo todo têm um grande desafio a enfrentar: alcançar resultados sustentáveis em curto prazo. Esse desafio as leva a desenvolver suas lideranças talentosas e criativas com processos inovadores, para que lideranças tenham movimentos assertivos. Por isso as organizações estão desenvolvendo a ampliação da influência e do poder de seus líderes, em razão de que o mundo se encontra globalizado, em constante aceleração e conectado. Nesse sentido, os líderes precisam se posicionar para absorver mais riscos, devendo, assim, possuir maior capacidade de visão sistêmica e reconhecer a fundamental relevância da gestão de pessoas. A certeza é que os líderes melhores são aqueles que conhecem e trabalham o seu poder de inspiração, de modo a gerirem eficazmente pessoas e organizações diante das incertezas (CONGREGARH, 2016).

No Brasil, muitos líderes também já se destacaram na história da liderança, os quais apresentaram características como competência, determinação, visão de futuro, inovação e dinamismo, alcançando resultados positivos, seja em suas vidas profissionais ou pessoais.

Na visão de Souza (2015), no Brasil, assim como no restante do mundo, a grande preocupação das empresas reside em três pilares: o financeiro, o social e o ambiental. Porém, no Brasil um quarto pilar ainda falta para que as empresas possam, realmente, ter o seu sucesso garantido. Este pilar é a capacidade de desenvolvimento de lideranças, questão que vem preocupando grandes empresas que afirmam que não possuem líderes suficientes, em quantidade e qualidade, que garantam a execução estratégica das empresas nos próximos anos.

Essa preocupação, ainda segundo Souza (2015), se deve ao fato de que as empresas se conscientizaram de que há grande diferença entre ser um líder eficaz e ser um gestor de pessoas e resultados. Isto porque um líder deve ir muito mais além do que simplesmente gerir pessoas, mas gerir também clientes, parceiros, processos e sistemas, em qualquer área de atuação das empresas, disseminando os valores e cultura da empresa, coerentemente entre o que diz e o que executa. Além disso, deve possuir a característica de se autogerenciar, que consiste no ato de o líder gerenciar o seu tempo, se autodesenvolver, conseguir equilibrar emocionalmente a sua inteligência, o seu trabalho com as demais dimensões da vida, ou seja: saúde, educação, família e lazer.

A necessidade do desenvolvimento de líderes se deve principalmente pela necessidade de enfrentamentos aos desafios instalados no século XXI,

conforme demonstra a Figura 1:

Figura 1 - Desafios do século XXI para as pessoas e organizações por Blanchard, (2007) p. 3

Esses desafios são encontrados por todos os lados, em todas as partes, especialmente dentro das empresas que precisam agir muito rapidamente para acompanhar e vencer esses desafios, o que as leva a tratar suas pessoas (seus funcionários) como parceiros, e não mais apenas como recursos (CHIAVENATO, 2010). Assim também é esperado que ocorra nas organizações de saúde.

1.4 Liderança no contexto da saúde

Para melhor compreensão da liderança no contexto da saúde, é necessário mostrar que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988, para que toda a população brasileira pudesse ter acesso ao atendimento público de saúde, obedecendo aos princípios constitucionais da universalidade, integralidade e da equidade. Porém, embora tenham ocorrido muitos avanços no decorrer da história

do SUS, muito se tem a desejar a respeito da mudança das práticas de saúde e da reorientação do modelo técnico-assistencial (FEUERWERKER, 2005).

É observada ainda uma lacuna na efetividade do SUS, em relação à persistência de modelos ultrapassados de atenção e de gestão, assim como aos seus desperdícios estruturais, havendo a urgência de uma redefinição em todo o processo, para que o SUS não venha a fracassar e que consiga alcançar um novo patamar de desenvolvimento (SANTOS, 2007).

Sobretudo, para que seja colocado em prática um modelo de gestão do SUS que atenda à integralidade, é necessário que exista um trabalho realizado em equipe, que envolva o diálogo, a cooperação, a solidariedade, o companheirismo e a transdisciplinaridade, de forma a promover ações em favor da saúde, tanto individual, quanto coletiva (MACHADO, 2007).

Nesse sentido, Howarth, Holland e Grant (2006) consideram que um trabalho interdisciplinar integrado para com o cliente depende de alguns fatores, dentre os quais: uma eficaz e confiável relação entre profissionais e entre estes e clientes, que seja alicerçada em uma efetiva comunicação, em recursos materiais e financeiros, em responsabilidade, em tecnologia de comunicação e informação e, principalmente, em uma eficaz gerência e liderança.

Há algum tempo os serviços de saúde dos países desenvolvidos têm recebido uma pressão para atendimentos com mais qualidade e também para reduzir custos. Portanto, assim como as demais organizações, os hospitais também têm sido afetados pelas mudanças ocasionadas no mundo dos negócios, as quais se devem, especialmente, a três fatores básicos, quais sejam: 1) maiores exigências por parte dos clientes; 2) novos padrões de qualidade, impostos pelo governo e 3) ao policiamento intenso da mídia em relação a casos de omissão ou negligência às instituições de saúde em geral, sejam elas hospitais, institutos médicos, clínicas e outras do mesmo ramo. Por isto, estas instituições estão procurando assumir uma postura de zelo com seus pacientes e demais públicos (AZEVEDO et al., 2002).

Os hospitais se encontram entre os organismos que mais apresentam complexidade em sua gestão, em razão de que eles reúnem inúmeros serviços e situações que ocorrem simultaneamente. O hospital, ao mesmo tempo em que é um local destinado à cura das enfermidades, também é um hotel, uma lavanderia, presta serviços médicos, realiza limpeza, possui sistema de vigilância, dispõe de cantina e restaurante, lida com a gestão de pessoas e também se relaciona com o consumidor.

Todos estes organismos, reunidos em um hospital, têm regulamentação legal, possuem portarias referentes aos seus serviços, de vários órgãos e instituições. Isto faz dos hospitais, um complexo legal, dinâmico e variado (CELESTINO, 2002).

O hospital consiste em um centro de serviços, no qual são geradas responsabilidades técnicas, científicas e de gestão, as quais cabem a diversos profissionais, cada qual com sua formação específica para determinada área. Assim, a forma como estes profissionais são liderados é de suma relevância, sendo o líder o mais importante agente de melhorias em uma organização hospitalar, visto que a ele cabe melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados, de forma organizada e equilibrada, para que todos fiquem satisfeitos (MALÁGON-LODOÑO, 2000).

A liderança no contexto da saúde é definida por Strapasson e Medeiros (2009) como sendo a capacidade de conduzir e organizar o trabalho da equipe com o objetivo de disponibilizar um atendimento eficiente, utilizando-se para isso conhecimento teórico-científico e o domínio de habilidades humanas interpessoais.

Weiner (2009) sugere que os líderes desempenhem um papel crítico na criação de prontidão para a mudança, garantindo o ajuste de valores de inovação e o desenvolvimento de planos, práticas, estruturas e estratégias para apoio à implementação das atividades, pois a finalidade de suas ações é criar condições para que as pessoas, membros das equipes de trabalho, se tornem cada vez mais satisfeitas e motivadas em seu campo de atuação.

Ulrich, Smallwood e Sweetman (2009) classificam cinco regras para uma boa liderança. Na primeira, o líder deve ser visionário, ter pontos de vista sobre o futuro, pensar e agir por meio de visão estratégica centrada no cliente. A segunda regra dita que o líder deve ser executor, aquele que faz acontecer, principalmente as mudanças nas pessoas e na organização, seguir um protocolo de decisão, prestar contas, formar equipes e garantir a competência técnica da sua equipe. A terceira se refere ao gestor de talentos que assegura que deve haver o engajamento do profissional talentoso, capacitar os outros e não apenas aos membros de sua equipe, mas qualquer um que reconheça que o seu talento possa ser útil. Este deve usar de boa comunicação, auxiliar a desenvolver a competência das pessoas e com isso obter o compromisso e a contribuição delas. Na quarta regra, o líder deve ser desenvolvedor de capital humano, proporcionar autonomia, gerenciar a carreira da sua equipe, traçando um mapa da sua força de trabalho e motivando as pessoas a criarem suas próprias marcas pessoais, bem como profissionais, além de realizar

uma avaliação sistemática dos futuros talentos. A quinta, e última, trata do líder enquanto investidor, ressaltando a importância de investir em si mesmo, criar sua marca pessoal de liderança, desenvolver sua agilidade intelectual, reservas físicas e emocionais.

Os autores acima complementam que todos os líderes têm pontos fortes e fragilidades em cada uma destas cinco áreas, por isso, destacam que o autoconhecimento possibilita que a pessoa se desenvolva e cresça nas dimensões mais deficientes ou carentes.

1.5 Liderança em enfermagem

As competências que o enfermeiro, no Brasil, deve desenvolver ao longo de sua formação para o desempenho profissional foram definidas por Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), sendo elas: Cuidados de saúde; Tomada de decisões; Comunicação; Liderança; Administração e Gerenciamento; e Educação Permanente (CAVEIÃO et al., 2014).

A liderança em enfermagem é considerada uma das principais competências a ser desenvolvida pelo enfermeiro, uma vez que no trabalho em equipe são esses profissionais que devem estar aptos a assumir posições de líderes.

Silva et al. (2014) sugerem que o enfermeiro necessita compreender o processo de liderar e desenvolver as competências necessárias, dentre elas, a comunicação, o relacionamento interpessoal, tomada de decisões, além da habilidade clínica para alcançar sucesso na assistência prestada.

As autoras supracitadas ressaltam que a comunicação na liderança deve ser intensa e dialógica e que a tomada de decisão deve ser coletiva, de modo a manter a equipe motivada, assumindo a corresponsabilidade pelo alcance dos resultados desejados. Completam que, ao exercer uma liderança eficaz, o enfermeiro adquire respeito e confiança de sua equipe, à medida que os resultados do seu trabalho vão se tornando satisfatórios (SILVA et al., 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que enfermeiros

constituem a espinha dorsal dos sistemas de saúde em todas as sociedades, portanto, a falta de competência entre esses profissionais tem efeitos negativos substanciais sobre o paciente (WHO, 2006). Dessa forma, compete ao enfermeiro adotar, como prioridade, um modelo por competências no exercício da liderança em seu ambiente de trabalho.

No entanto, o termo competência precisa ser mais bem compreendido, pois se constitui como um conceito complexo e multifacetado, que pode ser analisado sob diferentes perspectivas, estando sujeito a ambiguidades (BRANDÃO, 2007).

Competência na prática de enfermagem envolve atenção à saúde, tomada de decisão, liderança, educação permanente, comunicação, administração e gerenciamento. Isto leva à necessidade de os enfermeiros serem competentes enquanto prestadores de cuidados aos pacientes, para garantir uma assistência de forma segura (KLEIN; FOWLES, 2009).

Camelo (2012) afirma que a temática “competência profissional” tem se constituído, ao longo dos anos, foco de atenção dos enfermeiros, bem como dos administradores dos serviços de saúde. O pessoal de enfermagem representa, em termos quantitativos, parcela significativa dos recursos humanos alocados nessas instituições, especialmente nos hospitais, e, portanto, interferem diretamente na eficácia, na qualidade e no custo da assistência à saúde prestada. Nesse sentido, a mobilização de competências entre esses profissionais poderá refletir significativamente nos resultados obtidos.

Para reforçar as competências anteriormente mencionadas, uma pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2009), com enfermeiros responsáveis técnicos de serviços de saúde, estabeleceu a necessidade das seguintes competências: liderança, comunicação, tomada de decisão, negociação, trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, empreendedorismo, criatividade, visão sistêmica, planejamento e organização.

É necessário identificar o perfil e as competências do gerente de enfermagem, não só na opinião deste profissional, como muitos estudos têm analisado, mas também da organização, visto que as competências necessárias ao enfermeiro são reflexos das necessidades do mercado de trabalho e da população que requer profissionais competentes e conscientes de seu papel.

Kobayashi e Leite (2010) afirmam que o desenvolvimento de

competências somente é possível no momento em que a instituição determina suas diretrizes, se organiza e investe em seus recursos físicos, financeiros, organizacionais e na gestão de pessoas, agregado ao conceito da competência organizacional, de modo a possibilitar as intervenções com autonomia, enquanto uma proposta de transformação da natureza do trabalho.

Considerando a necessidade de um desenvolvimento de boas práticas de liderança, reconhece-se que o líder deve adotar o modelo por competências e ser envolvido pelo compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para a tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz, qualificando o serviço e atendendo às expectativas da organização.

Silva e Camelo (2013) realizaram uma revisão integrativa para verificar o que significa a liderança na enfermagem para vários autores, assim como os principais atributos que o líder deve ter. Como resultados encontraram que a liderança em enfermagem consiste na capacidade que um profissional tem para exercer influências positivas sobre a equipe de trabalho, para que esta possa atuar de modo ético-profissional, e assim possa atingir os objetivos comuns. Quanto aos atributos e ao papel do líder, a pesquisa mostrou que o enfermeiro-líder precisa ter um eficaz desempenho, habilidades pessoais e profissionais, compromisso, responsabilidade, tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva, qualidade nos serviços e atender às expectativas da organização. Para isso deve ser eficiente no desempenho da equipe e possibilitar aos clientes a cada dia melhor satisfação.

Andres e Pereira (2014) também procuraram verificar como os profissionais de enfermagem entendiam a liderança no contexto hospitalar, o papel do líder e as dificuldades encontradas nesse processo. Esses autores verificaram que a liderança é entendida como algumas competências e habilidades direcionadas à equipe de enfermagem pelo líder, como confiança, empatia, relacionamento interpessoal e saber ouvir, de forma que todos unam seus esforços para o bem da organização, dos clientes e de si próprios. Em relação às dificuldades, foram apontados eventuais conflitos, em razão da escassez de pessoal. Quanto ao papel do líder, as percepções dos entrevistados sinalizaram melhora do líder em relação ao seu comportamento e ao relacionamento interpessoal.

Sobretudo, as organizações precisam gerenciar cada dia melhor as pessoas, iniciando pela contratação, passando pelo processo educativo, pela

motivação e pelo incentivo de seus colaboradores.

Dessa forma, é importante mensurar como essas relações estão ocorrendo, analisar como líderes e liderados estão se relacionando, lançando-se mão de uma ferramenta importante: avaliação em liderança.

A avaliação de liderança, conforme Nova e Cruz (2012) é de grande importância para que as organizações possam identificar o perfil de liderança de seus gestores e se os liderados enxergam nele um líder. Isto é imprescindível para que a relação entre líderes e liderados alcance o sucesso esperado ou que não afete o desempenho da empresa.

1.6 Avaliação de liderança em enfermagem

Avaliar o desempenho humano é uma atividade que tem sido realizada já há muito tempo, fazendo parte do dia a dia das organizações, seja no sentido de melhorar o ambiente organizacional, seja para a autoavaliação de um profissional, seja para avaliar o desempenho dos líderes e das equipes, enfim, trata-se de um processo que consiste em acompanhar sistematicamente o desempenho das pessoas nas organizações, de forma a verificar se as mesmas estão contribuindo para os resultados planejados e esperados, servindo como um instrumento para levantar as necessidades educativas e desenvolvimento dos indivíduos ou de uma equipe (HIPÓLITO; REIS, 2002).

No caso da enfermagem, a avaliação dos líderes enfermeiros se faz de grande necessidade, uma vez que muitas transformações envolvem, atualmente, as instituições hospitalares, que passaram a ser vistas como empresas e que aderiram a uma nova cultura organizacional mais flexível, fundamentada na negociação, na redução de custos, na qualidade total e no crescimento profissional de seus colaboradores. Isto leva a entender o quanto a enfermagem tem sido afetada, por ter sido alterado o perfil do enfermeiro, em razão de que "o mercado de trabalho passou a fazer intensas exigências em relação aos profissionais líderes, críticos, reflexivos, criativos e seguros na tomada de decisões" (AMESTOY et al., 2009).

Ainda Amestoy et al. (2009) afirmam que, no trabalho de enfermagem,

existem enfermeiros responsáveis, críticos, reflexivos e criativos que lideram equipes com estas mesmas características. Sobretudo, também são encontrados enfermeiros-líderes descomprometidos que influenciam de forma negativa sua equipe, o que não pode ocorrer, visto que o processo de trabalho da enfermagem é realizado em torno do ser humano que precisa dos cuidados de enfermagem. Isto leva à necessidade de uma constante avaliação dos enfermeiros-líderes, por parte das instituições hospitalares, as quais não podem deixar que ocorra qualquer tipo de negligência que possa ocasionar danos à saúde humana.

Avaliar o desempenho de enfermeiros-líderes é de suma relevância para a eficácia da gestão de recursos humanos nas instituições hospitalares, uma vez que envolve um processo de orientação do avaliador (chefe) e do avaliado (enfermeiro), seguindo normas e critérios estabelecidos, para alcançar tanto um nível elevado de desempenho, quanto um determinado padrão de qualidade de cuidados de enfermagem, previamente estabelecidos pela instituição (NEVES, 2002).

Nesse sentido, há necessidade de se de avaliar a liderança dos enfermeiros por meio de estudos da percepção dos membros da equipe liderada, para que sejam melhorados os indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, uma vez que as atividades exercidas por esses profissionais são fundamentais para as instituições de saúde, pois refletem na interação das equipes na busca de resultados (SCHAUBHUT, 2009; ROCHA; MUNARI, 2013).

Para Quaquebeke et al. (2010), o líder-enfermeiro somente conseguirá satisfazer as necessidades da equipe que lidera se os valores que idealiza forem percebidos por sua equipe, assim como o reconhecimento de suas competências por parte de seus subordinados. Isto leva à necessidade de a instituição hospitalar conhecer o nível de satisfação da equipe, avaliando a percepção da mesma em relação ao enfermeiro-líder, de forma a propor melhorias.

2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se este estudo pela necessidade de se buscar maiores conhecimentos acerca dos instrumentos empregados para avaliar a liderança em saúde, particularmente na enfermagem, uma vez que, por meio desses instrumentos, profissionais da saúde e enfermeiros-líderes podem avaliar a si mesmos e receber *feedback* de outros membros da equipe, e ainda o estudo pode possibilitar a identificação do estado da arte desta temática, além da necessidade global de se avaliar o desempenho dos profissionais de saúde, especialmente no que tange aos modelos, estilos e teorias de liderança adotados, por meio dos instrumentos de avaliação de liderança construídos e/ou traduzidos e validados para a língua portuguesa, é possível conhecer também os estilos de liderança mais presentes na realidade brasileira.

Trata-se de um assunto muito importante para a área de enfermagem, visto que o enfermeiro precisa estar preparado para assumir o papel de líder e garantir a qualidade dos serviços de assistência e cuidados prestados ao paciente, de modo a levar a equipe de enfermagem a se integrar com os objetivos da organização.

Além do exposto, entende-se que este estudo é relevante, tendo em vista a incipiência de instrumentos traduzidos e validados para a língua portuguesa, voltados à temática liderança.

Acredita-se que, por meio de instrumentos simplificados e objetivos, que possam ser aplicados em qualquer instituição de saúde, será possível responder quais os estilos, modelos ou teorias de liderança estão mais presentes na realidade brasileira, bem como sensibilizar os enfermeiros para adoção de um estilo transformador, participativo e motivador. Entendendo que se torna essencial avaliar como é desempenhada a liderança nos serviços de saúde e enfermagem, emerge a seguinte questão de pesquisa: Quais instrumentos são utilizados para avaliar a liderança em saúde e enfermagem?

A busca, por meio da revisão integrativa de literatura, dos instrumentos disponíveis em publicações nacionais e internacionais, dará subsídios para o uso em pesquisas futuras, bem como para o desenvolvimento de traduções e validações para o idioma adotado no Brasil.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- ✓ Analisar as evidências disponíveis na literatura sobre a utilização de instrumentos para a avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar por meio da literatura a utilização de instrumentos que mensurem a liderança dos profissionais de saúde;

- ✓ Verificar se há a utilização de estilos / modelos / teorias de lideranças na construção destes instrumentos.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento metodológico

Foi realizada uma Revisão Integrativa de Literatura (RI) que tem potencial para construir novos conhecimentos, produzindo um saber fundamentado e uniforme para a realização de uma prática clínica de qualidade, informando iniciativas de pesquisa, prática e política, assim reduzindo os obstáculos da utilização do conhecimento, tornando os resultados das pesquisas mais acessíveis (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A prática baseada em evidências (PBE) é uma abordagem que estimula o desenvolvimento da RI, assim como a utilização de resultados de outros tipos de pesquisas na prática clínica. O objetivo da PBE é usar uma alta qualidade de conhecimento na prestação de cuidados para produzir impacto positivo sobre a saúde e os cuidados em saúde. Isto implica na utilização de fontes de conhecimento para o cuidado, a partir de evidências de pesquisas validadas com base em decisões clínicas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Ursi (2005) traz a observação sobre a prática baseada em evidências advir do campo da saúde, e que a partir desta pode haver incorporação como ferramenta de pesquisa nas ciências sociais, considerando que são seus recursos que proporcionam a incorporação das evidências na prática organizacional. Isso pode ser feito com o uso de métodos que permitam a coleta, categorização, avaliação e síntese dos resultados de pesquisa do tema investigado, facilitando a utilização destes na prática. Assim, nas ciências sociais, esta prática receberá o nome de Gestão Baseada em Evidências.

Botelho, Cunha e Macedo (2011) trazem em seu estudo uma proposta inovadora que leva em consideração a interdisciplinaridade envolvida, estudo este que tem o propósito de contextualizar metodologias utilizadas no campo da saúde e que podem ser incorporadas aos estudos organizacionais.

Para tanto, na PBE se faz necessária a utilização de métodos de revisão que têm por objetivo a busca de uma avaliação crítica das evidências disponíveis do tópico investigado, assim como a síntese dos mesmos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para Paula, Padoin e Galvão (2016), os métodos de revisão vêm

oferecendo benefícios para os enfermeiros terem acesso à produção do conhecimento científico em sua área no contexto mundial, assim tonando-se extremamente relevantes tanto para a pesquisa quanto para a prática clínica.

Entre os benefícios provenientes desse método destacam-se:

> "identificação de lacunas do conhecimento para investimentos na condução de pesquisas; quadro teórico e conceitual; exploração de métodos de pesquisa utilizados com sucesso; reconhecimento dos profissionais que produzem na área investigada; além de manter o grupo de pesquisa atualizado, promovendo mudança da prática clínica como consequência" (PAULA; PADOIN; GALVÃO, 2016, p.52).

Devido à quantidade e complexidade de informações na área da saúde, há necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, dentre estes, destaca-se a revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa da literatura, segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), é um método de pesquisa que possibilita ao pesquisador sintetizar múltiplos estudos já publicados, alcançar conclusões gerais sobre determinada área de estudo e conhecer eventuais lacunas e vestígios de investigações para futuras pesquisas.

Assim, a revisão integrativa, de acordo com Paula, Padoin e Galvão (2016), trata-se de um estudo secundário que, a partir de determinado tema ou questão, reúne e sintetiza resultados de pesquisa. E para o planejamento e condução de uma revisão integrativa existe a necessidade de recursos, conhecimentos e habilidades.

Entre os recursos estão o compromisso do revisor principal e principalmente o tempo a ser utilizado. Em relação aos conhecimentos, o revisor principal precisa ter domínio do tema de revisão, assim como os fundamentos da RI, além de informática, outros idiomas e delineamentos de pesquisas. Para as habilidades, entende-se que estas partem da aplicação do próprio conhecimento, desse modo o revisor deve redigir o projeto, utilizar programas de computadores, elaborar estratégias de buscas em bases de dados, selecionar estudos a partir dos critérios de inclusão e exclusão, coletar dados primários, analisar resultados quantitativa e qualitativamente, interpretar esses resultados, sintetizar as evidências e divulgar o conhecimento produzido (PAULA; PADOIN e GALVÃO, 2016).

Com base no exposto, por entender que se trata de um método que

possibilita avanços no conhecimento, optou-se por utilizar a revisão integrativa da literatura para identificar produções a respeito do tema "instrumentos para avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem", no período de 2006 a 2016.

Na revisão integrativa da literatura, tanto na coleta de dados, como na análise e apresentação dos resultados, são estabelecidos critérios bem definidos, devido à elaboração e validação de um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado.

Paula, Padoin e Galvão (2016, p.54) apontam que se utiliza um “método sistemático e explícito para o desenvolvimento da revisão a partir da etapa de planejamento, execução até a de apresentação/divulgação dos achados”.

Segundo as autoras, o planejamento é caracterizado como sendo desde a necessidade do desenvolvimento da revisão, assim como a construção do projeto de RI, enfatizando a importância da redução do risco de viés, assim como a garantia da reprodutibilidade da revisão.

Na etapa de execução, encontram-se as unidades de análise, sendo considerados os estudos primários indexados nas bases de dados. Ocorrem ainda a seleção dos estudos e a extração dos resultados que respondem à pergunta de revisão, avalia-se a força de evidências nas produções científicas e sintetiza-se o conhecimento. Ao final, apresentam-se e divulgam-se os resultados a partir de um relatório, além de transferir as evidências encontradas para a prática clínica (PAULA; PADOIN; GALVÃO, 2016).

Nesse sentido, este estudo se deu utilizando as seis etapas propostas por Galvão, Mendes e Silveira, (2010), sendo elas: elaboração da questão de pesquisa, amostragem ou busca na literatura dos estudos primários, análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão, conforme Figura 2.

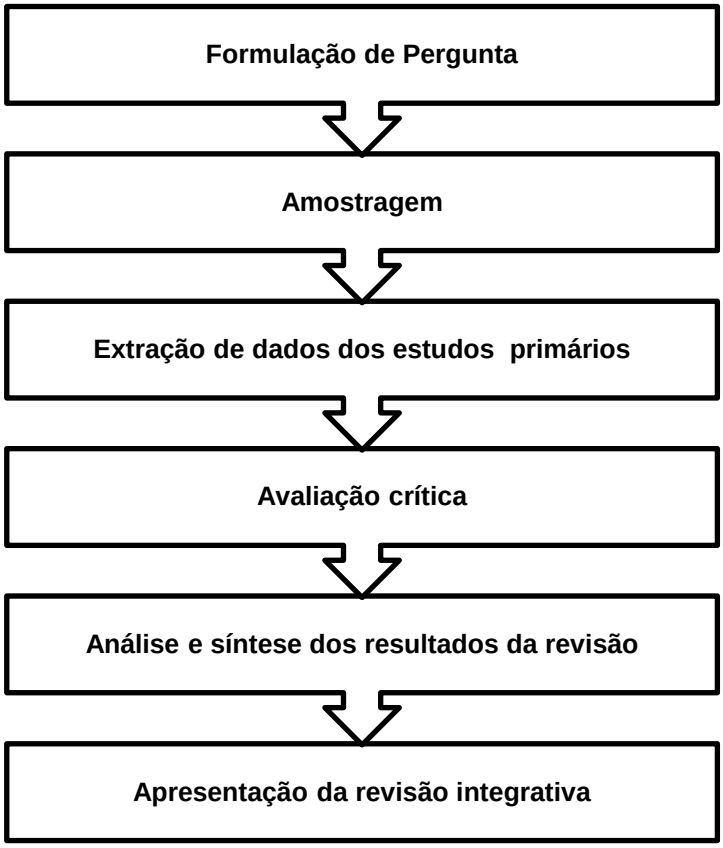

Figura 2 - Passos predefinidos para a execução do estudo de revisão integrativa, adaptado de Galvão, Mendes e Silveira (2010)

4.1.1 Primeira etapa: elaboração da questão de pesquisa

A elaboração ou definição da pergunta de pesquisa deve partir da escolha de um tema de interesse do pesquisador, cujo problema encontrado na prática esteja relacionado ao tema em questão.

Esta pergunta norteadora dará possibilidades para a condução de uma RI bem elaborada, sendo, portanto, importante que seja definida claramente. Funciona como eixo norteador na determinação dos critérios de inclusão/exclusão, no método de condução da revisão e na organização do raciocínio lógico (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004)

Para fins deste estudo, a elaboração da pergunta de pesquisa foi conduzida mediante a utilização da estratégia PICO. Esta estratégia tem por objetivo

orientar a construção da pergunta de investigação, bem como a busca bibliográfica sistematizada, permitindo a localização da informação de maneira acurada e rápida, possibilitando encontrar as melhores informações científicas disponíveis. Deste modo, PICO representa um acrônimo para População (P), Intervenção (I), Comparação (C) e *Outcomes* (O) (desfecho/resultado). Em seguida, foi proposto um quinto elemento: Tempo (T) (Quadro 2) (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População, paciente ou problema.	Pode ser um paciente, um grupo de pacientes com condição particular, um problema de saúde ou cenário clínico de interesse.
I	Intervenção ou indicador	Representa a intervenção ou aspecto de interesse do atendimento de saúde, pode ser: terapêutica; preventiva; diagnóstica; prognóstica; organizacional.
C	Comparação ou controle	Intervenção-padrão, a mais utilizada ou nenhuma intervenção.
O	*Outcomes* (Desfecho ou resultado)	Resultados esperados
T	Tempo ou cronologia	Cronologia em que a pergunta ocorre

Quadro 2 - Estratégia PICO ou PICOT para formulação de pergunta de revisão, segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007)

Essa estratégia vem sendo utilizada considerando que a formulação de uma pergunta bem estruturada proporciona aos pesquisadores uma melhor condição para levantar na literatura as fontes que os apoiarão na busca de respostas à sua pergunta original. Essas pesquisas da literatura podem ser conduzidas usando consultas cuidadosas e uso de operadores booleanos para buscas nas bases de dados (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O Quadro 3, a seguir, representa a elaboração da questão de pesquisa por meio da estratégia PICO supracitada.

Acrônimo	Definição	Descrição
P1	População	Enfermagem
P2	População	Serviços de Saúde
I	Intervenção	Avaliação da liderança
C	Comparação	**Sem comparação**
O	*Outcomes* (Desfecho)	Instrumentos

Quadro 3 - Estratégia PICO para formulação da pergunta de pesquisa

Assim, por meio da estratégia PICO, definiu-se a seguinte pergunta de investigação: “Quais instrumentos são empregados para avaliar a liderança em serviços de saúde e enfermagem?”

4.1.2 Segunda etapa: amostragem ou busca na literatura dos estudos primários nas bases dados

Esta etapa consiste da busca na literatura nas bases de dados relacionadas ao tema de interesse, delimitação dos descritores controlados e não controlados (palavras-chave), assim como o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos primários. O que deve ser destacado é que quanto maior o número de descritores incluídos na busca, mais possibilidade de torná-la ampla.

4.1.2.1 O estabelecimento dos critérios

Pompeo, Rossi e Galvão (2009) apontam que tanto a pergunta de revisão quanto os critérios de inclusão, quando estabelecidos previamente, se tornam o eixo

norteador para a manutenção da coerência durante a busca e seleção dos estudos primários, assim como para evitar o surgimento de possíveis vieses.

Foram incluídos neste estudo artigos primários, publicados na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, que versavam sobre a temática “utilização de instrumentos para avaliação em liderança”. Foi estabelecida a inclusão de apenas artigos publicados, nos períodos de janeiro de 2006 a maio de 2016, pois se procurou verificar a evolução da liderança na área da saúde, bem como a importância da sua avaliação para a melhoria dos resultados, nas instituições de saúde.

Foram excluídas publicações em forma de teses, dissertações, monografias, livros e revisões de qualquer estilo. Estudos repetidos também foram retirados da amostra.

4.1.2.2 Identificação dos descritores

Para Santos, Pimenta e Nobre (2007), descritores controlados são aqueles que são muito utilizados para indexação de artigos nas bases de dados.

Assim, os mais conhecidos são: Descritores em Ciências da Saúde (DECS), Medical Subject Headings (MESH), CINAHL Heading e Embase subject headings (EMTREE). Já os descritores não controlados representam palavras textuais e seus sinônimos, variações de grafia, siglas e correlatos (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

A fim de recuperar as evidências que respondiam à questão de investigação idealizada, bem como a seleção do melhor delineamento metodológico dos estudos para a resolução da questão proposta nesta revisão integrativa, foram utilizados os seguintes descritores controlados e não controlados, disponibilizados para cada base de dados:

DeCS (LILACS)	
Descritores controlados	**Descritores não controlados**
"liderança", "enfermagem", "enfermeiros", "estudos de avaliação", "avaliação" "questionários", "questionário", "competência profissional", "profissional da saúde", "serviços de saúde"	"metodologia de avaliação", "métodos de avaliação", "técnicas de avaliação", "questionário", "serviços de atenção ao paciente", 'rede prestadora de serviços de saúde", "profissional de saúde", "profissionais da saúde"
MeSH (PubMed/CINAHL)	
Descritores controlados	**Descritores não controlados**
"leadership", "nursing", "nurses", "evaluation studies [Publication Type]","surveys and questionnaires", "professional competence", "health services"	"influential", "nurse", "personnel, nursing", "nursing personnel", "registered nurses", "nurse, registered", "nurses, registered", "registered nurse", "measure", "assessment", "questionnaires and surveys", "survey method", "questionnaires", "questionnaire", "surveys", "survey ","scale", "competence, professional", "generalization of expertise", "expertise generalization", "technical expertise", "expertise, technical", "health service", "services, health", "service, health"
Emtree - (Embase™)	
Descritores controlados	**Descritores não controlados**
"leadership", "nursing", "nurses", "evaluation " ,"surveys and questionnaires", "professional competence", "professional health", "health service"	"leader", "'nursing" "nursing service hospital", "nursing, supervisory", "nursing, team", "nurse" 'nurse' 'nurses', 'nursing assistance", "questionnaires and surveys", "survey method", "questionnaires", "questionnaire", "surveys", "survey", "competence, professional", "'health care personnel", "health care personnel", "health care practitioner", "health care professional", "health care provider", "health care worker", "health personnel", "health profession personnel", "health worker", "healthcare personnel", "healthcare practitioner", "healthcare professional", "healthcare worker", "personnel, health", "public health officer", "personal health services"

Quadro 4 - Descritores controlados e não controlados utilizados na pesquisa

De cada descritor se faz necessário que o revisor conheça sua descrição e os sinônimos estabelecidos pelas bases de dados ao qual fazem parte, como Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), U.S. *National Library of Medicine* (NLM), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Excerpta Medica Database* (EMBASE) (PAULA; PADOIN; GALVÃO, 2016).

Assim, esses descritores (controlados ou não controlados) devem ser

associados com a utilização de operadores booleanos (considerados como delimitadores), representados por termos conectores *and, or, and not* (Figura 3).

AND (e)	*OR (e/ou)*	*AND NOT(0)*
• Reliza combinação restritiva •encontra documentos que contenham um e outro assunto.	• Realiza combinação aditiva •encontra documentos que contenham um ou outro assunto.	• Realiza combinação excludente •encontra documentos que contenham um assunto e exclui outro assunto não desejado.

Figura 3 - Operadores booleanos utilizados nas buscas das bases de dados adaptados de Santos, Pimenta e Nobre (2007).

Desse modo, utilizando-se diferentes combinações entre os descritores e palavras, definiu-se a estratégia de busca mais adequada para acessar os estudos desta pesquisa.

4.1.2.3 Busca nas bases de dados

Para dar respostas à questão norteadora e buscando atender aos requisitos da pesquisa de RI, destaca-se que foram selecionadas quatro bases de dados para a pesquisa sendo: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Public MEDLINE* (PUBMED), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health* (CINAHL) e *Excerpta Medica Database* (EMBASE™).

LILACS trata-se de um índice bibliográfico da literatura relativa às ciências da saúde, com publicação nos países da América Latina e Caribe, desde 1982. Indexa artigos publicados em periódicos em ciências de saúde, além de outros tipos de literatura científica e técnica. Faz parte da Rede Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) (PAULA; PADOIN; GALVÃO, 2016).

PUBMED é uma base de dados internacional especializada em ciências biológicas, medicina, enfermagem, odontologia, medicina veterinária e saúde pública. É produzida pela National Library of Medicine e dispõe de referências

bibliográficas, resumos de títulos de diversas revistas científicas e diversas bases de dados especializadas de acesso público.

Já o CINAHL se trata de base relativa à enfermagem e áreas correlatas de saúde, indexando centenas de periódicos desde 1982. Fornece o conjunto mais abrangente de indexação ligada à saúde, com texto completo para a enfermagem e outros profissionais de saúde, estudantes, educadores e pesquisadores. Apresenta texto integral para mais de 1.300 revistas indexadas ao CINAHL. É oferecido acesso pelo Portal da Capes por meio de computadores em Universidades públicas e privadas (com permissão).

EMBASE é uma base internacional, é um serviço eletrônico que abrange as áreas de ciências biomédicas básicas, biotecnologia, engenharia biomédica e instrumentação, administração e política da saúde, farmacologia, saúde pública, ocupacional e ambiental, psiquiatria e psicologia, ciência forense, medicina veterinária, odontologia, entre outras.

Para cada base de dado escolhida para esta revisão, foram identificadas as melhores estratégias de busca, assim como a quantidade de busca por cada base de dados, levando em consideração a especificidade das interfaces de cada uma delas, fazendo uso dos descritores controlados e não controlados. O acesso se deu por meio do link disponibilizado pela Biblioteca Universitária da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), por meio da conexão VPN/USP. A seguir, serão apresentadas as estratégias de buscas nas bases de dados.

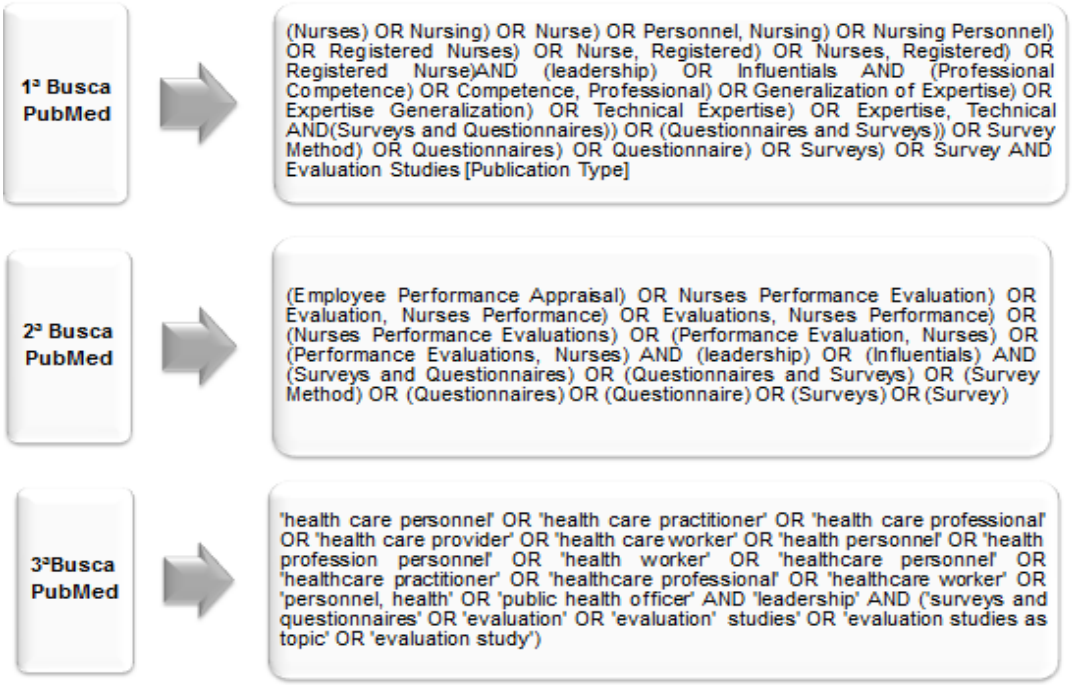

Figura 4 - Estratégia de busca na base de dados PubMed

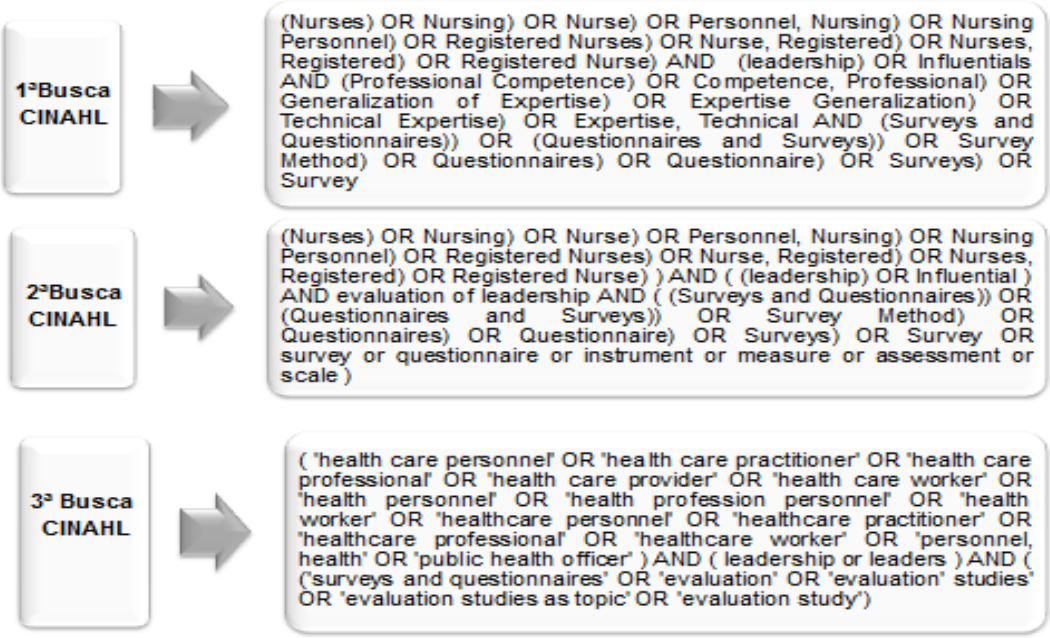

Figura 5 - Estratégia de busca na base de dados CINAHL

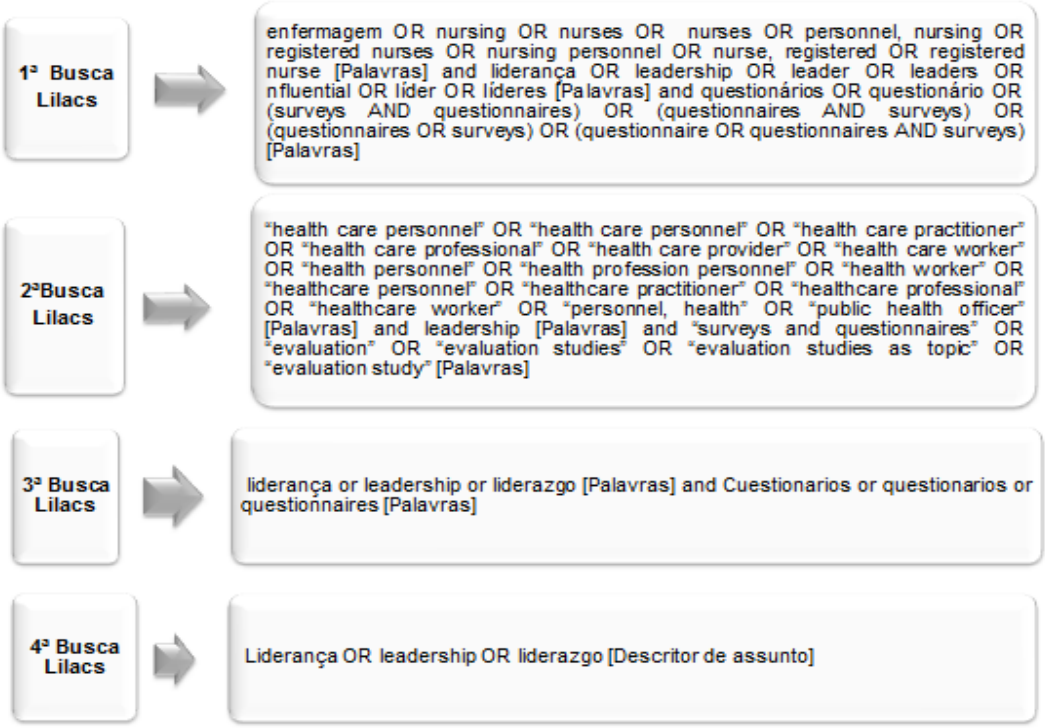

Figura 6 - Estratégia de busca na base de dados LILACS

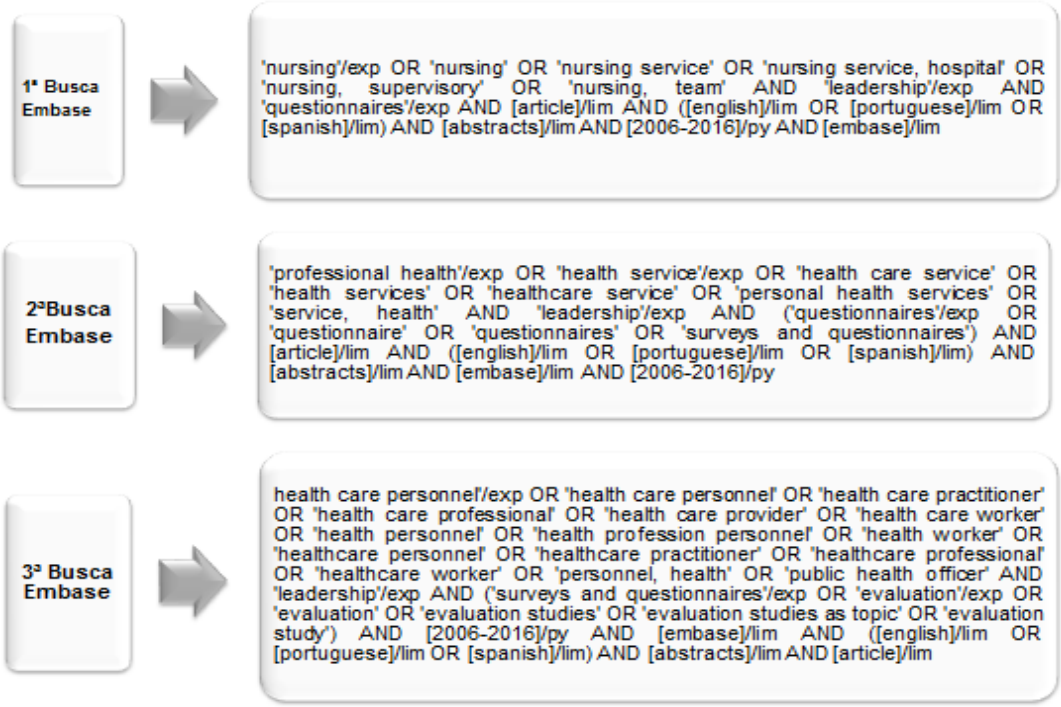

Figura 7 - Estratégia de busca na base de dados Embase

4.1.2.4 Seleção dos estudos

Para este estudo, foi selecionado um total de 38 artigos publicados em português, inglês e espanhol, entre janeiro de 2006 a maio de 2016. Esse período foi escolhido a fim de identificar a evolução da liderança na área da saúde e também a importância da sua avaliação para a melhoria dos resultados das instituições de saúde.

Foram incluídos na amostra apenas artigos primários, publicados na íntegra e disponibilizados gratuitamente. Foram excluídas publicações em forma de teses, dissertações, monografias, livros e revisões de qualquer estilo.

Para diminuição do risco de viés, a busca se deu utilizando o trabalho de dois revisores, sendo um revisor principal e um segundo revisor com domínio da temática em questão. Primeiramente, deu-se a leitura de títulos e resumos, ocorrendo, assim, a primeira seleção de acordo com os critérios que serão apresentados nos resultados desta pesquisa.

4.1.3 Terceira etapa: extração de dados dos estudos primários

Para extração dos dados dos artigos selecionados, recomenda-se o uso de um instrumento previamente elaborado capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro (URSI, 2005).

Existem alguns instrumentos já elaborados para extração de dados, ou ainda pode ser elaborado um pelo próprio revisor para ser utilizado em seu estudo. No entanto, a extração deve ser de forma igual para todos os estudos primários. Ocorre avaliação detalhada desses estudos, partindo de uma análise crítica de delineamentos de pesquisa, amostra, utilização de coleta de dados, dentre outros itens, por meio da utilização desses instrumentos específicos para as abordagens metodológicas. Dessa forma, proporciona à pesquisa imparcialidade e reprodutibilidade necessárias, com garantia de rigor metodológico (PAULA;

PADOIN; GALVÃO, 2016; GALVÃO; MENDES; SILVEIRA, 2010;).

Whittemore e Knafl sugerem que os trabalhos sejam resumidos e tabelas sejam criadas para comparar dados primários. Uma tabela pode ser considerada como um bom ponto de partida para a interpretação de dados, assim como quaisquer padrões e relações que possam existir podem ser facilmente visualizados por meio delas (ATCHAN; DAVIS; FOUREUR, 2016).

A extração dos dados incluídos nos estudos primários na RI foi realizada de forma independente, seguindo o instrumento elaborado por Ursi (2005), instrumento este que contempla:

- Identificação do artigo (título do artigo e do periódico, autores e ano de publicação);
- Características metodológicas do estudo (objetivo, detalhamento amostral, detalhamento metodológico, tratamento dos dados ou análise dos dados, resultados evidenciados e conclusões);
- Avaliação do rigor metodológico (clareza na descrição da trajetória metodológica empregada, identificação de limitações ou vieses).

4.1.4 Quarta etapa: avaliação crítica dos estudos primários incluídos

Segundo Paula, Padoin e Galvão (2016), a utilização de um instrumento possibilita a avaliação das características individuais de cada estudo. Existe ainda a sugestão da utilização de um sistema de classificação de evidências que se caracterizam por utilizar uma hierarquia.

Melnyk e Fineout-Overholt apresentam uma hierarquia de força de evidência em que consideram o tipo de questão clínica do estudo primário. A classificação dos níveis de evidência pode estar baseada quanto ao tipo de incidência, cronologia ou características da amostra, assim como na classificação conceitual predeterminada, o que pode facilitar a descrição (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010;).

Paula, Padoin e Galvão (2016) apontam para a importância em se conhecer o sistema de classificação de evidências, pelo motivo deste auxiliar os

profissionais na avaliação crítica de resultados de pesquisa e na tomada de decisão para a aplicação de evidências.

Porém, o desafio para o revisor empregar o sistema de classificação apresentado está em reconhecer, em cada estudo primário, qual é a questão clínica, identificando quando é voltada para tratamento/intervenção, diagnóstico, prognóstico, etiologia ou significado, para saber qual é a hierarquia a ser adotada. Associado a este aspecto está o desafio de conhecer cada delineamento de pesquisa dos estudos primários (ensaio clínico randomizado ou não, coorte, caso controle, descritivos e qualitativos) para se obter uma classificação de força de evidência corretamente (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

Para a classificação do delineamento de pesquisa de cada estudo primário, optou-se pela adoção da nomenclatura aplicada pelos autores das pesquisas, quando havia identificação do tipo de estudo no texto. Para aqueles estudos em que não havia a identificação do delineamento do estudo, foram utilizadas as descrições conceituais estabelecidas por LoBiondo-Wood e Haber (2014).

4.1.5 Quinta etapa: análise e síntese dos resultados evidenciados

Esta deve acontecer a partir do conhecimento do pesquisador em relação ao tema, principalmente considerando as implicações para a prática na enfermagem e saúde. O objetivo é a apresentação de forma coerente e sucinta das características, pautada nos resultados de avaliação crítica dos estudos primários incluídos e comparando-os com o conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na primeira fase de síntese de dados, Whittemore e Knafl (2005) sugerem que as fontes primárias precisam ser divididas em subgrupos para tornar mais fácil a análise. Uma segunda fase deve envolver a extração e codificação dos dados das fontes primárias para uma organização concisa da literatura que ajudará na comparabilidade das fontes primárias (WHITTEMORE; KNAFL 2005).

Assim, a partir dos estudos primários incluídos no presente estudo, foram criadas quatro categorias de análise, a saber: 1) Desenvolvimento da liderança; 2)

Desenvolvimento da liderança a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação 3) Relações entre liderança e impacto na equipe; 4) Relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais.

4.1.6 Sexta etapa: apresentação da revisão integrativa

Esta etapa visa à criação de um documento que descreva a revisão elaborada. A revisão integrativa deve conter informações detalhadas e pertinentes, as quais possibilitam ao leitor avaliar a adequação dos procedimentos realizados na elaboração da revisão.

Deve-se atentar ao registro de características e resultados dos estudos que devem estar relatados nas fases anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A realização das etapas cinco e seis ocorreu após se ter elaborado as categorias que subsidiaram a discussão e interpretação dos resultados e que tornaram mais rica a síntese do conhecimento, ou seja, a última etapa, que culminou com a apresentação das evidências encontradas, após os estudos incluídos terem sido avaliados nesta revisão.

5 RESULTADOS

5.1 Detalhamentos das buscas nas bases de dados

A partir da realização das buscas em cada base de dados, foi possível obter os estudos potencialmente elegíveis para compor a revisão integrativa, sendo detalhado, a seguir, o número geral de estudos identificados por busca, em cada base de dados.

1ª Busca PubMed	(Nurses) OR Nursing) OR Nurse) OR Personnel, Nursing) OR Nursing Personnel) OR Registered Nurses) OR Nurse, Registered) OR Nurses, Registered) OR Registered Nurse) AND (leadership) OR Influentials AND (Professional Competence) OR Competence, Professional) OR Generalization of Expertise) OR Expertise Generalization) OR Technical Expertise) OR Expertise, Technical AND(Surveys and Questionnaires) OR (Questionnaires and Surveys) OR Survey Method) OR Questionnaires) OR Questionnaire) OR Surveys) OR Survey AND Evaluation Studies [Publication Type]			
	Usando os limitadores:	10 years	Free Full Text	Total =25 estudos
2ª Busca PubMed	(Employee Performance Appraisal) OR Nurses Performance Evaluation) OR Evaluation, Nurses Performance) OR Evaluations, Nurses Performance) OR (Nurses Performance Evaluations) OR (Performance Evaluation, Nurses) OR (Performance Evaluations, Nurses) AND (leadership) OR (Influentials) AND (Surveys and Questionnaires) OR (Questionnaires and Surveys) OR (Survey Method) OR (Questionnaires) OR (Questionnaire) OR (Surveys) OR (Survey)			
	Usando os limitadores:	10 years	Free Full Text	Total=38 estudos
3ª Busca PubMed	(health care personnel) OR health care practitioner) OR health care professional) OR health care provider) OR health care worker) OR health personnel) OR health profession personnel) OR health worker) OR healthcare personnel) OR healthcare practitioner) OR healthcare professional) OR healthcare worker) OR personnel, health) OR public health officer) AND (leadership) AND (surveys and questionnaires) OR (evaluation) OR evaluation' studies) OR evaluation studies as topic) OR evaluation study)			
	Usando os limitadores:	10 years	Free Full Text	Total=454 estudos
Total de estudos encontrados PubMed=517				

Quadro 5 - Resultado da busca de dados no PUBMED

De acordo com o quadro acima, as buscas no PubMed foram realizadas por meio de três combinações de descritores diferentes, para dar uma maior amplitude de busca. Foram utilizados os descritores aplicando os delimitadores para 10 anos e textos na íntegra disponibilizados gratuitamente, sendo encontrados na

totalidade 517 artigos nesta base.

Buscas	Estratégia de Busca			
1ª Busca Cinahl	(Nurses) OR Nursing) OR Nurse) OR Personnel, Nursing) OR Nursing Personnel) OR Registered Nurses) OR Nurse, Registered) OR Nurses, Registered) OR Registered Nurse) AND (leadership) OR Influentials AND (Professional Competence) OR Competence, Professional) OR Generalization of Expertise) OR Expertise Generalization) OR Technical Expertise) OR Expertise, Technical AND (Surveys and Questionnaires) OR (Questionnaires and Surveys) OR Survey Method) OR Questionnaires) OR Questionnaire) OR Surveys) OR Survey			
	Usando os limitadores:	2006 a 2016	Texto Completo	Total= 52 estudos
2ª Busca Cinahl	(Nurses) OR Nursing) OR Nurse) OR Personnel, Nursing) OR Nursing Personnel) OR Registered Nurses) OR Nurse, Registered) OR Nurses, Registered) OR Registered Nurse)) AND ((leadership) OR Influential) AND evaluation of leadership AND (Surveys and Questionnaires) OR (Questionnaires and Surveys) OR Survey Method) OR Questionnaires) OR Questionnaire) OR Surveys) OR Survey OR survey or questionnaire or instrument or measure or assessment or scale)			
	Usando os limitadores:	2006 a 2016	Texto Completo	Total=52 estudos
3ªBusca Cinahl	('health care personnel' OR 'health care practitioner' OR 'health care professional' OR 'health care provider' OR 'health care worker' OR 'health personnel' OR 'health profession personnel' OR 'health worker' OR 'healthcare personnel' OR 'healthcare practitioner' OR 'healthcare professional' OR 'healthcare worker' OR 'personnel, health' OR 'public health officer') AND (leadership or leaders) AND ('surveys and questionnaires' OR 'evaluation' OR 'evaluation' studies' OR 'evaluation studies as topic' OR 'evaluation study')			
	Usando os limitadores:	2006 a 2016	Texto Completo	Total=308 estudos
Total de estudos encontrados Cinahl=412				

Quadro 6 - Resultado da busca de dados no CINAHL

Foram utilizados os descritores em três etapas de buscas na base dados Cinahl, e adotado o delimitador de tempo, neste caso para dez anos (2006 a 2016), além de textos disponibilizados na íntegra. Desse modo, na primeira busca, foram encontrados 52 estudos, na segunda, outros 52 estudos e na terceira e última busca, 308 estudos,conforme o quadro 6.

Para a busca de dados no Lilacs, houve uma adaptação devido à sua interface, haja vista que a mesma não permite a abertura de mais um campo para combinação de descritores ou inserção de vários delimitadores como acontece em

outras bases para o refinamento da pesquisa, limitando-se apenas a um máximo de três campos por busca.

Iniciamente foi realizada uma combinação de busca, utilizando os termos como “palavras”, que apresentou o número de 56 estudos.

Em um segundo momento, essa etapa foi repetida usando os termos como “descritor de assunto”, apresentando um resultado pouco satisfatório devido à redução significativa da quantidade de estudos e, ao constatar que todos estes já se encontravam nos resultados de busca anterior, optou-se pela primeira combinação, ou seja, a que utilizou a busca de termos por “palavras”.

A partir daí, com um número inicial de 56 estudos, foi realizado um refinamento manual com os limites de ano (2006-2016) e os idiomas (inglês-português-espanhol), chegando-se a um resultado de três estudos elegíveis.

Para a segunda busca na Lilacs (Quadro 7), manteve-se a conformidade da utilização dos descritores como nas outras bases. No entanto, utilizando os termos como “palavras” ou “descritor de assunto”, o resultado foi zero (0), não sendo possível a continuidade da busca, utilizando a repetição completa como nas bases anteriores.

Na terceira busca, foram utilizados somente os termos “liderança” e os termos “instrumentos de avaliação” como ”palavras”, chegando-se a um número de 43 estudos e após a aplicação dos delimitadores obteve-se um n=30 de estudos.

Na quarta e última busca, foi utilizado somente o termo “liderança” como descritor de assunto, chegando a um n=525 estudos, que após aplicação dos limites de ano e idioma, foram reduzidos para 213. A razão para a utilização desta busca foi a tentativa de obter todos os assuntos relacionados à liderança e, assim, dentro deste conjunto, localizar estudos com avaliação em liderança

<table>
<tr><th>Buscas</th><th colspan="4">Estratégia de Busca</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1ª Busca Lilacs</td><td colspan="4">“enfermagem” OR “nursing” OR “nurses” OR “nurses” OR “personnel, nursing” OR “registered nurses” OR “nursing personnel” OR “nurse, registered” OR “registered nurse” [Palavras] and “liderança” OR “leadership” OR “leader” OR “leaders” OR “influential” OR “líder” OR “líderes” [Palavras] and “questionários” OR “questionário” OR “surveys and questionnaires” OR “questionnaires and surveys” OR “questionnaires OR surveys” OR “questionnaire” [Palavras]</td></tr>
<tr><td>Usando os termos como “palavras” chegou-se a um total de= 56 estudos</td><td colspan="2">A seleção considerando os limites foi realizada manualmente, sobre os 56 artigos.
Ano de publicação (2006-2016)
Idioma (inglês-espanhol- português)</td><td>Total=03 estudos</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2ª Busca Lilacs</td><td colspan="4">“health care personnel” OR “health care personnel” OR “health care practitioner” OR “health care professional” OR “health care provider” OR “health care worker” OR “health personnel” OR “health profession personnel” OR “health worker” OR “healthcare personnel” OR “healthcare practitioner” OR “healthcare professional” OR “healthcare worker” OR “personnel, health” OR “public health officer” [Palavras] and leadership [Palavras] and “surveys and questionnaires” OR “evaluation” OR “evaluation studies” OR “evaluation studies as topic” OR “evaluation study” [Palavras]</td></tr>
<tr><td colspan="3">Usando os termos como "palavras" chegou-se a um total=0</td><td>Total=0 estudos</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3ª Busca Lilacs</td><td colspan="4">liderança or leadership or liderazgo [Palavras] and Cuestionarios or questionarios or questionnaires [Palavras]</td></tr>
<tr><td>Usando os termos como "palavras" chegou-se a um total de= 43 estudos</td><td colspan="2">Usando os limites para o refinamento: Ano de ano de publicação (2006-2016)
Idioma (inglês-espanhol- português)</td><td>Total=30 estudos</td></tr>
<tr><td rowspan="2">4ª Busca Lilacs</td><td colspan="4">Liderança OR leadership OR liderazgo [Descritor de assunto]</td></tr>
<tr><td>Todos os termos como “descritor de assunto"</td><td>Usando os termos como “descritor de assunto” chegou-se a um total=525 estudos</td><td>Usando os limites para o refinamento: Ano de ano de publicação (2006-2016)
Idioma (inglês-espanhol- português).</td><td>Total=213 estudos</td></tr>
<tr><td colspan="5">Total de estudos encontrados Lilacs=246</td></tr>
</table>

Quadro 7 - Resultado da busca de dados no LILACS

A última base consultada foi a Embase (Quadro 8), considerando a utilização da estratégia PICO da própria base, a primeira busca resultou em um número de 650 estudos que após a utilização dos limitadores para ano (2006-2016), idioma (inglês, português e espanhol), com opção de “resumo” e “fonte embase”, apresentou um n= 45 estudos.

A segunda busca, utilizando os mesmos critérios, apresentou um número inicial de 1.308 estudos e após aplicação de limitadores, chegou-se a um n= 225 estudos. A terceira busca resultou em 1.298 estudos que após o refinamento apresentou 630 estudos, resultando em um total de 900 estudos para análise na base.

<table>
<tr><th>Buscas</th><th colspan="3">Estratégia de Busca</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1ª Busca Embase</td><td colspan="3">nursing'/exp OR 'nursing' OR 'nursing service' OR 'nursing service, hospital' OR 'nursing, supervisory' OR 'nursing, team' AND 'leadership'/exp AND 'questionnaires'/exp AND [article] /lim AND ([english] /lim OR [portuguese] /lim OR [spanish] /lim) AND [abstracts] /lim AND [2006-2016] /py AND [embase] /lim</td></tr>
<tr><td>Todos os termos como “descritor de assunto", e usando a estratégia PICO da base= 650 estudos</td><td>Limites:
Ano de ano de publicação
(2006-2016)
Idioma (inglês-espanhol- português)
Com abstract
Fonte: embase*</td><td>Total=45 estudos</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2ª Busca Embase</td><td colspan="3">professional health'/exp OR 'health service'/exp OR 'health care service' OR 'health services' OR 'healthcare service' OR 'personal health services' OR 'service, health' AND 'leadership'/exp AND ('questionnaires'/exp OR 'questionnaire' OR 'questionnaires' OR 'surveys and questionnaires') AND [article] /lim AND ([english] /lim OR [portuguese] /lim OR [spanish] /lim) AND [abstracts] /lim AND [embase] /lim AND [2006-2016] /py</td></tr>
<tr><td>Todos os termos como “descritor de assunto", e usando a estratégia PICO da base= 1.308 estudos</td><td>Limites:
Ano de publicação
(2006-2016)
Idioma (inglês-espanhol- português)
Com abstract
Fonte:embase*</td><td>Total=225 estudos</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3ªBusca Embase</td><td colspan="3">health care personnel'/exp OR 'health care personnel' OR 'health care practitioner' OR 'health care professional' OR 'health care provider' OR 'health care worker' OR 'health personnel' OR 'health profession personnel' OR 'health worker' OR 'healthcare personnel' OR 'healthcare practitioner' OR 'healthcare professional' OR 'healthcare worker' OR 'personnel, health' OR 'public health officer' AND 'leadership'/exp AND ('surveys and questionnaires'/exp OR 'evaluation'/exp OR 'evaluation' OR 'evaluation studies' OR 'evaluation studies as topic' OR 'evaluation study') AND [2006-2016] /py AND [embase] /lim AND ([english] /lim OR [portuguese] /lim OR [spanish] /lim) AND [abstracts] /lim AND [article] /lim.</td></tr>
<tr><td>Todos os termos como “descritor de assunto", e usando a estratégia PICO da base= 1.298 estudos</td><td>Limites:
Ano de publicação
(2006-2016)
Idioma (inglês-espanhol- português)
Com abstract
Fonte:embase*</td><td>Total=630 estudos</td></tr>
<tr><td colspan="4">Total de estudos encontrados Embase=900</td></tr>
</table>

Quadro 8- Resultado da busca de dados no Embase

5.2 Fluxograma de identificação dos estudos

Como resultado das buscas nas bases de dados já apresentado anteriormente, obteve-se o número total de 2.075 estudos potencialmente elegíveis. A seleção inicial dos estudos se deu a partir da realização da análise por título e resumo, considerando o objetivo de caracterizar a produção científica na área. Nessa etapa, foram excluídos 1.911 estudos, restando 164 estudos para a etapa de análise.

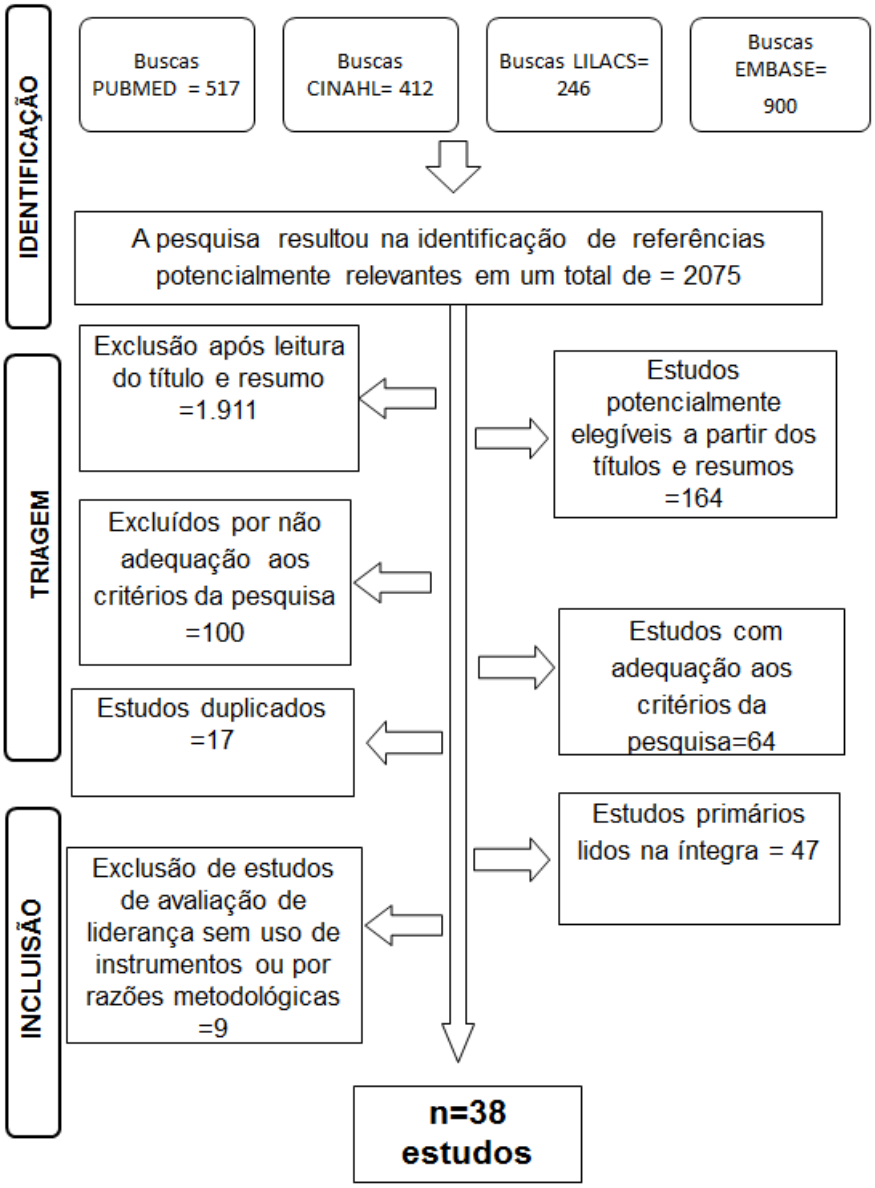

Figura 8 - Fluxograma de buscas dos estudos primários

Na sequência, estabeleceu-se o uso dos critérios de seleção, a partir da leitura na íntegra dos artigos, sendo excluídos 100 por não atenderem aos critérios da pesquisa em relação à utilização de avaliação da liderança e 17 por serem duplicados entre as bases de dados, restando 47 estudos. Destes, outros nove foram excluídos por não conterem instrumentos para avaliação da liderança, perfazendo um total final de 38 artigos (vide Figura 8).

Após a identificação dos artigos primários enquadrados nesta RI, foi elaborado um quadro contendo as características gerais desses estudos (Quadro 12).

Categorias	Autores	Título	Periódico	Ano	País	Instrumentos	Referencial	Bases de dados
Categoria desenvolvimento da liderança (1)	Martin, J .S. ; Mccormack ,B. ; Fitzsimons, D.; Spirig R.	Evaluation of a clinical leadership programme for nurse leaders	Journal of Nursing Management	2012	Suíça	Leadership Practices Inventory(LPI)-alemão	Liderança Transformacional	PubMed
	Foli, K.J.; Braswell, M.; Kirkpatrick, J.; Lim,E.	Development of Leadership Behaviors in Undergraduate Nursing Students: A Service-Learning Approach	Nursing Education Perspectives	2014	EUA	Leadership Practices Inventory (LPI) - Student LPI-Self (SLPI)	Liderança Transformacional	Cinahl
	Leggat, S.G.; Balding, C. Schiftan, D.	Developing clinical leaders: the impact of an action learning mentoring programme for advanced practice nurses	Journal of Clinical Nursing	2015	Austrália	LPI - Leadership Practices Inventory-	Liderança Transformacional	Embase
	Horwitz, I.B. Horwitz, S.K.; Daram, P.; Brandt, M.L. Brunicardi, F.C. Awads. S.	Transformational, Transactional, and Passive-Avoidant Leadership Characteristics of a Surgical Resident Cohort: Analysis Using the Multifactor Leadership Questionnaire and Implications for Improving Surgical Education Curriculums	Journal of Surgical Research	2008	EUA	MLQ-5X Short	Liderança Transformacional-Transacional	Embase

	Aarons, G.A.	Transformational and Transactional Leadership: Association With Attitudes Toward Evidence-Based Practice	Psychiatr. Service	2006	EUA	MLQ-5X	Transformacional e Transacional	PubMed
	Fealy, G.M.; Mcnamara, M.S.; Casey, M.; O'connor, T.; Patton, D.; Doyle, L.; Quinlan, C.	Service impact of a national clinical leadership development programme: findings from a qualitative study	Journal of Nursing Management	2015	Irlanda	Leadership Practices Inventory(LPI)-Clinical Leader Behaviours Questionnaire	Transformacional	Cinahl
Categoria desenvolvimento da liderança a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação (2)	Dargahi, H.	Quantum Leadership: The Implication for Iranian Nursing Leaders	Acta Medica Iranica	2013	Irã	Quantum	Liderança Quantum	PubMed
	Kanste, O.; Miettunen, J.; Kynga, S. H.	Psychometric properties of the Multifactor Leadership Questionnaire among nurses	Journal of Advanced Nursing	2007	Finlândia	MLQ-5X-Filandês	Liderança Transformacional	Cinahl
	Deschamps, C.; Rinfret, N.; Lagace, M.C.; Prive C.	Transformational Leadership and Change: How Leaders Influence Their Followers' Motivation Through Organizational Justice	Journal of Healthcare Management	2016	Canadá	MLQ 5X-Short	Liderança Transformacional	Cinahl

	Edwards, J.R.; Knight, D.K.; Broome, K.M.; Flynn, P.M.	The Development and Validation of a Transformational Leadership Survey for Substance Use Treatment Programs	Subst Use Misuse	2014	EUA	Survey of Transformational Leadership (STL)	Transformacional	PubMed
	Chavaglia ,S.R.; Coleta, M.F; Coleta ,J.A.; Mendes, I.A.; Trevizan ,M.A	Adaptação e validação da Escala de Liderança Carismática Socializada	Acta Paul Enferm.	2013	Brasil	Charismatic Leadership Socialized Scale	Liderança Carismática	Lilacs
	Fonseca, A.M.O.; Porto, J.B.	Validação fatorial de escala de atitudes frente a estilos de liderança	Avaliação Psicológica.	2013	Brasil	Transformational Leadership Inventory (TLI)- MLQ-5X- LRPQ Escala de Atitudes frente a Estilos de Liderança -	Liderança Transformacional e Transacional	Lilacs
	Llapa-Rodriguez, E.O.L.; Oliveira, J.K.A.; Neto, D.L.; Campos, M.P.A.	Avaliação da liderança dos enfermeiros por auxiliares e técnicos de enfermagem segundo o método 360º	Revista Gaúcha de Enfermagem	2015	Brasil	Ferramenta 360º	Não apresenta	PubMed
	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	Rev. Esc. Enferm. USP	2011	Brasil	Coaching	Liderança Situacional	Lilacs

	Cardoso, M.L.A.P.; Ramos, L.H.; D'innocenzo, M.	Coaching leadership: leaders' and followers'perception assessment questionnaires in nursing	Einstein	2014	Brasil	Coaching	Liderança Situacional	PubMed
	Castro, C.B.; Santos, I.	Estilos e dimensões do comportamento de liderança de enfermeiros líderes do cuidar em saúde	Rev. Esc. Enferm. USP	2008	Brasil	Grid Gerencial	Não utilizaram	Lilacs
	Lakshminarayana, I; Wall, D.; Bindal, T.; Goodyear, H.M	A multisource feedback tool to assess ward round leadership skills of senior paediatric trainees: (1) Development of tool	Postgrad Med Journal	2015	Inglaterra	MSF-Multisource feedback tool	Liderança Clínica	Embase
	Patrick, A.; Laschinger, H.K.S.; Wong, C.; Finegan, J.	Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey	Journal of Nursing Management	2011	Canadá	Leadership Practices Inventory(LPI)-Clinical Leadership Survey	Transformacional	Cinahl
Categoria relação entre liderança e impacto na equipe (3)	Hanse, J.J.; Harlin, U., Jarebrant, C.; Ulin, K.; Winkel, J.	The impact of servant leadership dimensions on leader–member exchange among health care professionals	Journal of Nursing Management.	2016	Suécia	Servant Leadership Survey (SLS) - Leader–member exchange (LMX)	Liderança Servidora	Cinahl

	Han, H.G.; Bai, Y.	In need of each other: the moderator of task interdependence between LMX variability and justice	Journal of Nursing Management	2014	EUA	Leader–member Exchange (LMX)	Não utilizaram	Cinahl
	Mogolon, S.M.R. Gonzalez, M.A.	Liderazgo Transaccional y Transformacional	Avances em Enfermeria	2010	Colômbia	MLQ-5X- com liberação dos direitos de uso para a Colômbia	Transformacional - Transacional	Lilacs
	Garber, J.S.; Madigan, E. A.; Click, E.R.; Fitzpatrick, J.J.	Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents	Journal of Interprofession al Care	2009	EUA	Jefferson Scale of Attitudes- Barbuto-Wheeler	Servidora	Cinahl
	Silva, M.A. Galvão, C.M.	Aplicação da Liderança Situacional na enfermagem de centro cirúrgico	Rev. Esc. Enferm. USP.	2007	Brasil	Leadership Effectiveness and Adaptability Description- LEAD	Liderança Situacional	Lilacs
	Wong, C.A.; Giallonardo, L.M.	Authentic leadership and nurse-assessed adverse patient outcomes	Journal of Nursing Management	2013	Canadá	Authentic Leadership Questionnaire (ALQ)	Liderança Autêntica	Cinahl
	Wong, C.A.; Laschinger, H.; Cummings, G.G.	Authentic leadership and nurses' voice behaviour and perceptions of care quality	Journal of Nursing Management	2010	Canadá	Authentic Leadership Questionnaire (ALQ)	Liderança Autêntica	Cinahl

	Apekey, T.A.; Mcsorley, G. Tilling, M. Siriwardena, A.N.	Room for improvement? Leadership, innovation culture and uptake of quality improvement methods in general practice	Journal of Evaluation in Clinical Practice	2011	Inglaterra	LPI- Australiano	Liderança Transformacional	Embase
Categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais (4)	Chen, H.C.; Baron, M	Nursing Directors' Leadership Styles and Faculty Members' Job Satisfaction in Taiwan	Journal of Nursing Education.	2006	China	MLQ-5X-Chinês	Transformacional-Transacional	Cinahl
	Gunnarsdóttir, S.	Is servant leadership useful for sustainable Nordic health care?	Nursing Science-Vård I Norden	2014	Islândia	Servant Leadership Survey (SLS)-islandês	Liderança Servidora	Cinahl
	Ghorbanian, A. Bahadori, M. Nejati, M.	The relationship between managers' leadership styles and emergency medical technicians' job satisfaction	Australasian Medical Journal	2015	Irã	MLQ-5X-Australiano	Liderança Transformacional	Embase
	Intaraprasong, B.; Potjanasitt, S.; Pattaraarchachai, J.; Meennuch, C.	Situational Leadership Styles, Staff Nurse Job Characteristics Related to Job Satisfaction and Organizational Commitment of Head Nurses Working in Hospitals under the Jurisdiction of The Royal Thai Army.	J Med Assoc Thai	2012	Tailândia	"Leadership Effectiveness and Adaptability Description, LEAD"	Liderança Situacional	Embase

	Munir, F.; Nielsen, K.	Does self-efficacy mediate the relationship between transformational leadership behaviours and healthcare workers' sleep quality? A longitudinal study	Journal of Advanced Nursing	2009	Dinamarca	Global Transformational Leadership Scale	Transformacional	Cinahl
	Nielsen, K; Yarker, J.; Randall,R.; Munir,F.	The mediating effects of team and self-efficacy on the relationship between transformational leadership, and job satisfaction and psychological well-being in healthcare professionals: A cross-sectional questionnaire survey	International Journal of Nursing Studies	2009	Dinamarca	Global Transformational Leadership Scale	Liderança Transformacional	Cinahl
	Nelson, K, Boudrias, J.S. Brunet, L, Morin, D.; De Civita, M. Savoie, A.; Alderson, M.	Authentic leadership and psychological well-being at work of nurses: The mediating role of work climate at the individual level of analysis	Burnout Research	2014	Canadá	Authentic Leadership Questionnaire(ALQ)-francês	Liderança Autêntica	Embase

	Ebrahimzade,N.; Mooghali,A.; Lankarani,K.B.R;Kalateh Sadati,A.S.	Relationship Between Nursing Managers' Leadership Styles and Nurses' Job Burnout: A Study at Shahid Dr. Faghihi Hospital, Shiraz, Iran	Shiraz E-Med Journal	2015	Irã	MLQ- Iraniano	Liderança Transformacional	Embase
	Read, E. A.; Laschinger, H.K. S .	The influence of authentic leadership and empowerment on nurses' relational social capital, mental health and job satisfaction over the first year of practice	Journal of Advanced Nursing	2015	Canadá	The Authentic Leadership Questionnaire (ALQ)	Liderança Autêntica	Cinahl
	Laschinger, H.K.S.; Borgogni, L.; Consiglio, C.; Read, E.	The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' burnout and mental health: A cross-sectional study	International Journal of Nursing Studies	2015	Canadá	Authentic Leadership Questionnaire (ALQ)	Liderança Autêntica	Cinahl
	Nielsen K.; Yarker J.; Brenner, S.O., Randall, R.; Borg, V.	The importance of transformational leadership style for the well-being of employees working with older people	Journal of Advanced Nursing.	2008	Dinamarca	Global Transformational Leadership Scale	Liderança Transformacional	Cinahl

	Pucheu, A.	¿Cómo el liderazgo transformacional de supervisoras de enfermería afecta el burnout de enfermeras clínicas? evidencia de dos hospitales chilenos	Ciencia & Trabajo	2010	Chile	Liderazgo de Rango Total - MLQ-5X-Curto-Chileno	Transformacional - Transacional	Lilacs

Quadro 9 - Apresentação geral da amostra dos estudos primários (n=38), considerando a distribuição das categorias, autor, título, ano, país de estudo, periódico, referencial de liderança e base de dados

A amostra final consistiu de 38 estudos primários (Quadro 9), a partir da extração realizada que considerou: autor, revista, país, ano, objetivos, amostragem, metodologia (a confiabilidade, validade e análise), resultados, instrumentos de medição ou avaliação em liderança, utilizando-se o quadro de extração de dados proposto por Ursi (2005).

Optou-se por apresentar tais estudos em quatro categorias, a saber: 1) Desenvolvimento da liderança (06 estudos primários = 01, 06, 07, 20, 34, 35); 2) Desenvolvimento da liderança a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação (12 estudos primários = 02, 03, 04, 05, 09, 11,17, 26, 27, 28, 30, 32); 3) Relações entre liderança e impacto na equipe (08 estudos primários = 08, 18, 19,21, 23, 25,29, 36); 4) Relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais (12 estudos primários = 10,12, 13, 14, 15, 16,22, 24,31,33,37,38).

Estudo 1 Título	*Evaluation of a clinical leadership programme for nurse leaders*
Autor(es)	MARTIN, Jaqueline. S.; MCCORMACK, Brendan; FITZSIMONS, Donna; SPIRIG, Rebecca.
Periódico	*Journal of Nursing Management*, 2012, 20, 72–80
Ano/País	2012/Suíça
Objetivos	O principal objetivo do estudo foi avaliar a proposta do *Clinical Leadership Programme* (CLP), um programa de liderança clínica adaptado do "*Royal College Nursing*" do Reino Unido, para promover o desenvolvimento de competências em liderança transformacional em enfermeiros de uma unidade de cuidados de saúde na Suíça. O objetivo específico foi medir as práticas de liderança dos enfermeiros-líderes, antes e depois da implementação do programa, utilizando o *Leadership Practices Inventory* (LPI).
Detalhamento Amostral	Amostra por conveniência consistiu de 14 enfermeiros-líderes de alas de internação.
Detalhamento Metodológico	Estudo quase experimental que descreveu resultados quantitativos de um estudo de métodos mistos. Os enfermeiros foram avaliados em três momentos (no início do programa, no final do programa e 6 meses após o programa ter terminado), utilizando o *Leadership Practices Inventory* (LPI). Cada enfermeira-líder distribuiu 10 questionários (LPI) para os observadores-avaliadores em cada um dos três períodos do estudo. Além disso, cada enfermeira-líder completou a versão de autoavaliação do LPI em cada momento. O LPI foi completado com mesmo tempo que o instrumento de *feedback* 360º, que foi utilizado como base para fundamentar as estratégias de autodesenvolvimento, objetivando a capacitação de "um a um". Portanto, uma seleção randomizada dos observadores não seria apropriada. As classificações dos observadores foram calculadas para cada prática de liderança, resultando em uma pontuação de observador para cada participante em cada período de tempo. Foram empregadas técnicas de análise de dados descritiva e inferencial e uma abordagem de métodos mistos, sob a forma de estratégias sequenciais a qual caracterizou a coleta de dados como quantitativa e a análise de dados como qualitativa. Este estudo descreveu a parte quantitativa de um grande estudo realizado previamente, um projeto com um desenho quase experimental com um grupo de pré e pós-teste. A coleta de dados iniciou em novembro de 2006, e a última se deu em novembro de 2008. O programa de liderança, adaptado para a Suíça, integrou liderança e desenvolvimento de práticas, durou um total de 147 horas (cerca de 18 dias), por um período de 12 meses, com um acompanhamento de 6 meses mais tarde.
Resultados	No total, 420 questionários observador-avaliador e 42 questionários de autoavaliação foram distribuídos. Porém, foram respondidos 406, (96%) dos questionários observador-avaliador e 42 (100%) para os autoavaliados. Foram excluídos três questionários de observadores devido a perdas de informações. Nove (64,3%) dos 14 líderes eram do sexo feminino e sete (50%) tinham entre 41 e 50 anos de idade. A média do tempo de trabalho e experiência em gestão foi, respectivamente, de 24 anos (mínimo de 12 anos, máximo de 32 anos) e 11 anos (mínimo de 1 ano e máximo de 22 anos). A maioria dos líderes já tinha formação em gestão e 8 (57,14%), pós-graduação em enfermagem avançada. Apenas um líder de ala de internação não tinha formação em gestão, antes do programa de liderança clínica. Cinco deles possuíam mais especializações, principalmente em cuidados intensivos ou anestesia, e três tinham graduação, um bacharelado e dois mestrados antes do programa. A principal descoberta foi a de que os líderes do programa melhoraram significativamente a pontuação em duas subescalas em suas práticas de liderança: "inspirar uma visão compartilhada" e "desafiando o processo". Foi observado que esta mudança se manteve ao longo do tempo de acordo com o que foi demonstrado pelos seis meses de acompanhamento, após o término do programa. Embora os conhecimentos prévios, durante a formação profissional e a experiência em

	liderança, variassem consideravelmente antes de começarem o programa, os líderes foram capazes de desenvolver suas práticas de liderança, no decorrer do programa.
Conclusões	Este estudo demonstrou que a aplicação de um programa de liderança pode realizar mudanças significativas nas práticas de lideranças dos profissionais, assim, este estudo resultou na melhora de duas práticas de liderança de enfermeiros-líderes acompanhados por um programa adaptado para os serviços de cuidados de saúde na Suíça. Os achados estão de acordo com outros estudos que sugerem que os investimentos em programas educacionais para facilitar as habilidades de liderança em enfermeiros são justificáveis.
Instrumentos utilizados	*Leadership Practices Inventory (LPI)*

Quadro 10 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria desenvolvimento da liderança, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 6 **Título**	*Transformational and Transactional Leadership: Association With Attitudes Toward Evidence-Based Practice*
Autor(es)	AARONS, Gregory A.
Periódico	*Psychiatr. Serv*. 2006 August; 57(8): 1162–1169.
Ano/País	2006/Estados Unidos
Objetivos	O objetivo do estudo foi examinar a associação de liderança transformacional e transacional em supervisores quanto às atitudes dos prestadores de serviços em relação às práticas baseadas em evidências (PBE). Partiu-se da hipótese de que a liderança transformacional seria mais positivamente associada às atitudes mais positivas em relação à implementação de PBE. Outra hipótese é a de que a liderança transacional estaria associada a atitudes mais positivas em relação à adoção de PBE, dados os requisitos para "o fazer", ou seja, as tarefas.
Detalhamento Amostral	Os participantes foram 303 servidores públicos de atendimento clínico em saúde mental e gerentes de casos clínicos de 49 programas que prestam serviços de saúde mental para crianças, adolescentes e suas famílias. Estes participaram de um estudo maior de questões organizacionais que atingem a prestação de serviços de saúde mental para crianças, adolescentes e suas famílias em *San Diego County* (Califórnia). As taxas de participação organizacionais e individuais foram elevadas (94 e 96%, respectivamente). Dos 322 participantes do estudo maior realizado anteriormente, 19 participantes (5,9 %) foram excluídos pela falta de dados em pelo menos uma das variáveis no conjunto de análises, resultando em uma amostra final de 303 servidores que trabalham em 49 programas de saúde mental, com financiamento público para jovens. Características demográficas foram coletadas, obtendo-se um total de 245 respondentes (81%) que estavam empregados em tempo integral. Entre as principais áreas de atuação estavam casamento e terapia familiar (103 participantes, ou 34%), trabalho social (99 participantes, ou 33%), psicologia (65 participantes, ou 21%), psiquiatria (05 participantes, ou 2%), um "outro" (por exemplo, criminologia, drogas, reabilitação, educação ou saúde pública; 31 participantes ou 10%). Havia menos estagiários do que a equipe de profissionais do próprio sistema (26% em comparação com 74%). A média de idade dos entrevistados foi de 35,7 anos, 66% eram do sexo feminino, 65% eram caucasianos, 15% eram latino-americanos, 7% eram afro-americanos, 6% eram asiáticos ou das ilhas do Pacífico, 1% era americano nativo e 7% eram de outrao etnia.
Detalhamento Metodológico	Os dados coletados consideraram as características demográficas, atitudes em relação a práticas baseadas em evidências e as percepções dos prestadores de serviços de acordo com os comportamentos de liderança de seus supervisores. Correlações de ordem zero e análises de regressão multinível foram conduzidas para controlar efeitos das características dos prestadores de serviços. Para a resposta da pergunta desta pesquisa, considerou-se a metodologia aplicada para a avaliação em liderança. Os dados foram coletados entre 21 de novembro de 2000 e 19 de setembro de 2001. Foi utilizado o *Provider Survey* que incorpora questões sobre características demográficas dos prestadores de serviços, incluindo idade, sexo, nível de escolaridade, estado profissional (estagiário ou profissional) e estabilidade no emprego (tempo de atuação no emprego atual). O nível de escolaridade dos servidores foi avaliado com categorias em ordem crescente: se está realizando alguma faculdade, se já é graduado, se possui algum trabalho de pós-graduação (mestrado e doutorado). No *status* estagiário indicava se o entrevistado era um estagiário ou um profissional de trabalho assalariado. A *Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS)* foi utilizada para avaliar as atitudes dos servidores de saúde mental em relação à prática baseada

	em evidências. A *EBPAS* é uma medida de 15 itens com quatro subescalas que avaliam as atitudes com relação à adoção de PBE. As quatro escalas de sub EBPAS representam quatro dimensões teoricamente derivadas de atitudes com relação à adoção de práticas baseadas em evidências: apelo, requisitos, abertura e divergência. O formulário MLQ 5 X de 45 itens foi usado para avaliar as percepções dos servidores sobre os comportamentos de liderança transformacional e transacional dos supervisores. A liderança transformacional foi avaliada com quatro subescalas: influência idealizada (oito itens, α = 0,87), motivação inspiradora (quatro itens, α =0,91), estimulação intelectual (quatro itens, α = 0,90) e a consideração individualizada (quatro itens, α = 0,90). A liderança transacional foi avaliada com quatro subescalas detalhando os estilos de liderança, incluindo recompensa contingente (quatro itens, α = 0,87), *laissez-faire* (quatro itens, α =0,83), o gerenciamento por exceção ativa (quatro itens, α =0,74) e gerenciamento por exceção passiva (quatro itens, α = 0,82). Prestadores de cuidados foram convidados para julgar a extensão dos comportamentos específicos envolvendo seu supervisor imediato, medidos pelo MLQ. Cada comportamento foi avaliado em uma escala de 5 pontos (0 "de modo algum", a 4 "uma grande extensão"). Análises de correlação de Pearson foram conduzidas primeiramente para examinar associações de liderança individualmente às covariáveis transformacionais e transacionais com as variáveis-dependente. As pontuações da *Evidence-Based Practice Attitude Scale* (*EBPAS*) representam as atitudes em relação a práticas baseadas em evidências. Em seguida, análises de regressão foram realizadas a fim de examinar as associações de liderança com pontuações em cada uma das quatro subescalas *EBPAS* e as pontuações totais na escala, enquanto foram realizadas análises controladas para os efeitos das características individuais do servidor. Os servidores de programas de saúde mental foram aninhados, resultando em potencial de dependência de respostas no âmbito do programa, as análises foram conduzidas para controlar os efeitos da estrutura de dados aninhada. Todas as análises de regressão foram realizadas usando o software analítico *Mplus* que representou a estrutura de dados aninhada. Pelo fato de as hipóteses serem direcionais, foram utilizados testes de significância bicaudal.
Resultados	O autor apresenta que a principal constatação deste estudo é que as avaliações mais positivas de liderança foram associadas com as atitudes mais positivas no sentido de se adotar a PBE. Isso é congruente com a noção de que a liderança é importante na adoção de inovações através de uma gama de contextos organizacionais e tecnologia. No entanto, em todas as subescalas *EBPAS* e a escala total da *EBPAS*, preditores representaram cerca de 5 a 14% da variância na subescala e escores totais. Isto sugere que, apesar de liderança estar associada a atitudes dos provedores em PBE, fatores adicionais devem ser considerados. A liderança transacional obteve pontuação significativamente positiva associada à subescala de abertura *EBPAS*. Isto indica que os servidores relataram que os supervisores imediatos exibiram maiores comportamentos de liderança transacionais endossados por uma maior abertura em relação à adoção de PBE. A liderança transformacional obteve pontuação significativamente positiva quando associada aos requisitos da subescala. Esta constatação indica que os servidores que trabalharam com supervisores que eles classificaram com níveis superiores em liderança transformacional estavam mais dispostos a adotar PBE. Deste modo, a liderança transformacional e a liderança transacional foram associadas com atitudes com relação à adoção de práticas baseadas em evidências. Assim, é provável que os supervisores que apresentam comportamentos mais positivos de liderança transformacional gerem atitudes nos subordinados que os levariam a uma maior abertura para a adoção de novas tecnologias ou práticas. Esta conclusão, de acordo com a definição de liderança transformacional, apresenta o líder como inspirador, comprometido, entusiasta e que proporciona vontade aos liderados de seguirem a visão do líder. Consistente com esta definição é a conclusão de que a liderança transformacional foi associada às *EBPAS* nas pontuações totais, indicando que inspiração e liderança motivacional podem gerar atitudes positivamente ampliadas.

Conclusões	Embora funções de liderança possam variar conforme o nível organizacional ou disciplinar, o estudo sugere que a díade de supervisor-supervisionado seja um ponto potencialmente importante de influência em afetar atitudes para adotar PBE. No entanto, a fim de mudar atitudes e práticas, os líderes devem perseverar no processo de mudança, e vários obstáculos devem ser esperados e permitidos. As organizações de serviços de saúde frequentemente lidam com a mudança comportamental em função de iniciativas internas ou em resposta a demandas externas. Líderes em diferentes níveis organizacionais muitas vezes lideraram ou gerenciaram tais mudanças. Embora este estudo aborde atitudes para prática baseada em evidência, também diz respeito à mudança organizacional em geral. No contexto organizacional, devem ser consideradas a complexidade e as diferenças individuais do prestador de serviço para a implementação da PBE. A liderança no nível de supervisor-supervisionado é importante na gestão da mudança, este é um ponto frequente de contatos, influência e significado compartilhado nas organizações. Devido à complexidade das organizações, fornecedores e clientes, não há nenhum fator único ou a abordagem correta para a implementação de PBE em organizações de serviços de saúde comportamental. No entanto, o estudo fornece algumas orientações para melhorar a compreensão de como a liderança pode influenciar as atitudes dos servidores. O elo entre as atitudes e a real implementação de PBE pode ainda ser confirmado. No entanto, este estudo adiciona a evidência de que a liderança é um dos fatores que pode afetar a implementação de práticas baseadas em evidências em serviços de saúde comportamental. Este estudo fornece evidência adicional de que múltiplos fatores no contexto do serviço são importantes em atitudes de compreensão em relação à prática baseada em evidências. Liderança voltada para promover a adoção de inovação e mudança é fundamental para o sucesso da implementação de práticas baseadas em evidências.
Instrumentos utilizados	*MLQ -5X; Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS).*

Quadro 11 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria desenvolvimento da liderança, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 7 **Título**	*Service impact of a national clinical leadership development programme: findings from a qualitative study*
Autor(es)	FEALY, Gerard M.; MCNAMARA, Martin S.; CASEY, Mary; O'CONNOR, Tom; PATTON, Declan; DOYLE, Louise; QUINLAN, Christina.
Periódico	*Journal of Nursing Management. 2015;* 23, 324–332.
Ano/País	2015/Irlanda
Objetivos	A partir de um estudo maior que avaliou um programa nacional de desenvolvimento de liderança clínica, este objetivou relatar sobre os recursos, experiências dos participantes, resultados e impactos do serviço.
Detalhamento Amostral	70 participantes, enfermeiros que foram selecionados por meio de amostragem intencional, para avaliar seus gerentes e diretores de serviço, e que faziam parte de um programa de desenvolvimento de liderança na Irlanda.
Detalhamento Metodológico	Estudo qualitativo, descritivo e transversal. Foram utilizados métodos múltiplos de coleta de dados, incluindo análise documental para avaliar os recursos de um programa de desenvolvimento de liderança, um deles foi o *Leadership Practices Inventory (LPI*) e o *Clinical Leader Behaviours Questionnaire,* para medir os comportamentos dos líderes individualmente. Vários métodos de coleta de dados qualitativos foram utilizados (grupos focais, entrevistas individuais, entrevistas em grupo e observação não participante). O impacto do programa no serviço foi estabelecido principalmente através dos dados fornecidos por estes vários métodos de coleta de dados qualitativos (discussões em grupos realizadas com os participantes (cinco grupos focais), e seus gerentes (dois grupos focais) e diretores de serviços (um grupo de focal). Um grupo focal também foi realizado com mentores, e uma entrevista em grupo foi conduzida com os treinadores. Também foram realizadas entrevistas individuais com os membros do *Project Steering Committee* (duas entrevistas). A coleta de dados de cada evento foi realizada de acordo com um guia de tópicos, que incluiu o impacto no serviço como uma área para discussão. Especificamente, os participantes foram convidados a discutir as prioridades para o desenvolvimento do serviço que foram identificadas utilizando uma ferramenta de avaliação de serviço do *Service Assessment Tool*, assim como as inovações no serviço, no decorrer do programa de desenvolvimento de liderança clínica e os impactos destas inovações. Todos os dados qualitativos foram gravados digitalmente e transcritos na íntegra. Os dados qualitativos manipulados foram apoiados pelo uso de software NVivo9 (versão 9; 2010, *QSR International Pty Ltd., Doncaster*, Austrália) e análise de dados envolveu uma abordagem multifase modificada que foi dividida em categorias preliminares centrais.
Resultados	Os dados qualitativos forneceram uma rica evidência dos aspectos de estruturas, processos e resultados de 6 meses do programa (piloto). Cinco grandes temas emergiram a partir dos dados qualitativos: "começando o processo", "experimentando o processo", "desenvolvendo competência em liderança clínica", "vivenciando a experiência" e "desenvolvendo o serviço". O quinto tema principal, "desenvolvendo o serviço", que foi utilizado neste estudo, descreve o serviço e/ou resultados organizacionais do programa de desenvolvimento de liderança clínica que estavam contidos nas avaliações dos participantes, de seus gerentes e os diretores de serviço. Estes dados descrevem que várias iniciativas de serviço e algumas mudanças de culturas organizacionais foram diretamente imputáveis às novas "Competências de Liderança Clínica" e capacidades que os participantes do processo de implantação do programa haviam desenvolvido. O tema compreendeu dois subtemas relacionados: "desenvolvimento de iniciativas no serviço" e "mudando a cultura do serviço".

Conclusões	Este estudo demonstrou que os participantes de um programa de desenvolvimento de liderança clínica desenvolveram novas competências que lhes permitiam assumir um papel de liderança clínica e que a maioria deles deu início às melhorias de serviço específico. Um dos pontos fortes do quadro de desenvolvimento em liderança clínica nacional, associado ao processo de desenvolvimento de liderança clínica é o seu foco no desenvolvimento de competências por permitir o desenvolvimento de serviços/práticas clínicas do líder. Programas de desenvolvimento de liderança clínica que incorporam um elemento de impacto deliberado no serviço podem apresentar resultados de serviço identificáveis, tais como o desenvolvimento de iniciativas de serviço e melhorias mais amplas na cultura organizacional. A relação diferenciada entre desenvolvimento de líder e desenvolvimento de serviço ainda nesses programas requer mais investigação, segundo os autores.
Instrumentos utilizados	*Leadership Practices Inventory (LPI); Clinical Leader Behaviours Questionnaire; Service Assessment Tool.*

Quadro 12 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria desenvolvimento da liderança, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 20 Título	*Development of Leadership Behaviors in Undergraduate Nursing Students: A Service-Learning Approach*
Autor(es)	FOLI,Karen J.; BRASWELL,Melanie; KIRKPATRICK, Jane; LIM,Eunjung.
Periódico	*Nursing Education Perspectives*.2014; (35),2.
Ano/País	2014/Estados Unidos
Objetivos	Determinar a mudança de comportamentos de liderança por alunos de enfermagem e seus pares, antes e depois de uma experiência de aprendizagem em serviço.
Detalhamento Amostral	65 alunos de bacharelado em enfermagem.
Detalhamento Metodológico	Estudo prospectivo, com estudantes de bacharelado em enfermagem (n = 65) que completaram o questionário de liderança do estudante *Student LPI-Self (SLPI)* – versão *LPI* Auto, no início e no final do semestre. Os alunos também foram avaliados por seus pares que usaram o *LPI-Observer* e responderam às seis perguntas sobre *Service-learning (SL)*, cujos pesquisadores escolheram quatro itens de uma lista de 15 itens de pesquisa (*SL*) disponíveis para instrutores de cursos *SL* pela Universidade. Eles criaram dois itens adicionais (um de delegação e outro de participação de organização estudantil) que conceitualmente foram amarrados aos objetivos do curso de liderança. Pelo fato de esses itens não serem considerados uma ferramenta de medição específica, não foram testados anteriormente à confiabilidade. No entanto, um valor de 0,73 de alfa de Cronbach foi calculado sobre estes seis itens, como uma análise preliminar para determinar a confiabilidade de consistência interna.
Resultados	Medidas repetidas de análise de variância para pré e pós-testes revelaram que os comportamentos de liderança melhoraram (P <0,0001). Uma correlação significativa foi encontrada (p = 0,02) entre os escores pós-teste geral de ambos os instrumentos. Assim este estudo contribui para o corpo de evidências que suportam *service-learning* ou aprendizagem em serviço, como uma abordagem pedagógica poderosa, especificamente para desenvolver e aumentar comportamentos de liderança entre os estudantes de graduação em enfermagem. Trabalhando com colegas em projetos semestrais oferece aos alunos oportunidades para demonstrar e testar comportamentos em um ambiente seguro.
Conclusões	O projeto de serviço-aprendizagem avaliado neste estudo proporcionou a oportunidade para o estudante sênior de enfermagem aprender e adquirir habilidades em práticas de liderança no contexto do projeto de serviço-aprendizagem, onde grupos de estudantes planejam, dirigem, implementam e avaliam a comunidade de educação de saúde. Os resultados deste estudo forneceram evidência empírica de que os alunos perceberam o crescimento em habilidades de liderança, como resultado de um projeto semestral, e este crescimento foi confirmado por seus pares.
Instrumentos utilizados	*Leadership Practices Inventory (LPI); Student LPI-Self (SLPI);Service-learning (SL) survey*

Quadro 13 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria desenvolvimento da liderança, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 34 **Título**	*Developing clinical leaders: the impact of an action learning mentoring programme for advanced practice nurses*
Autor(es)	LEGGAT, Sandra G.; BALDING, Cathy; SCHIFTAN, Dan.
Periódico	*Journal of Clinical Nursing*, 24, 1576–1584
Ano/País	2015/Austrália
Objetivos	Determinar se um programa de mentores formal, tendo como tutores enfermeiros sêniores, pode obter sucesso no auxílio a candidatos para cargos de enfermeiros a desenvolverem suas habilidades para competências em liderança exigidas nos papéis da sua prática.
Detalhamento Amostral	Os participantes foram 18 candidatos ao título de enfermeiros e 17 enfermeiros sêniores que participaram como mentores de um programa formal de tutoria de 18 meses.
Detalhamento Metodológico	O projeto de pesquisa foi um estudo de intervenção pré e pós-longitudinal, descritivo. Os participantes preencheram um questionário com caneta e papel, para documentar as medidas iniciais de práticas de liderança autorrelatadas antes do início do programa, e novamente ao final do programa. Na Austrália, a titulação é protegida, impedindo o uso do título "*Nurse Practioner*" por qualquer um que não esteja aprovado pela *Nursing and Midwifery Board of Australia* (NMBA) como um *Nurse Practioner (NP).* Para ser elegível para aprovação, o *Registered Nurse* (RN) ou enfermeiro registrado deve ser capaz de comprovar que detém um registro geral atualizado e ter o equivalente a três anos de experiência em tempo integral em papéis de práticas avançadas de enfermagem nos últimos seis anos. Os *RN*s precisam ter concluído com êxito uma qualificação *NP* aprovada pela NMBA em nível de mestrado ou equivalente (Conforme determinada a NMBA) e são obrigados a fornecer prova de que atendem às três Competências Nacionais Padronizadas do *ANMC ,* onde o foco de uma das três competências está na liderança clínica. Sobre o *The mentoring programme intervention* (a programa de intervenção por mentoria), o mesmo foi aberto para candidatos ao título de *NP*. O Departamento de Saúde do Estado solicitou manifestações de interesse de candidatos à vaga de enfermeiros, e potenciais mentores enfermeiros para trabalhar junto ao programa, e escolheu o conjunto final de mentor e participantes, com 20 pares de candidato/mentor no início do programa. Dois candidatos abandonaram o programa antes do final, ficando 18 participantes. Um saiu imediatamente após o primeiro *workshop,* indicando desconforto atribuído ao mentor, e o segundo teve uma mudança de rumo na carreira, não mais atuando como um candidato. Ao final, participaram 18 candidatos, destes, 07 candidatos trabalhando em cuidados paliativos, 04 no cuidado do idoso, 02 com acidente vascular cerebral, 02 em serviços neonatais e 01 em pediatria, 01 na oncologia e 01 em serviços de saúde sexual. Vinte enfermeiros sêniores voluntários participaram no programa como mentores. A maioria dos mentores e enfermeiros sêniores trabalhava em funções executivas, como administração de enfermagem no sistema de saúde pública. Apenas quatro dos 16 mentores foram aprovados, e experientes com profissionais de enfermagem. Isto se deu, em grande parte, devido aos critérios de seleção que excluíam o profissional de enfermagem que tivesse menos de cinco anos desde a aprovação deste novo modelo na Austrália. Dois dos mentores experientes tiveram mudanças em suas funções de trabalho durante o programa e não foram capazes de continuar como mentores. Um foi substituído por outro mentor adequado, e um mentor experiente concordou em trabalhar com dois candidatos, resultando em 17 mentores. Embora o programa fosse designado como uma intervenção de tutoria, no entanto os candidatos estavam lidando com a realidade sobre as questões de emprego em seu local de trabalho, bem como a sua jornada pessoal para aprovação, o programa adotou uma abordagem de aprendizagem que incluía elementos de *coaching* e ações de aprendizagem, além de orientações. Os pares de mentores foram divididos em três grupos, e cada grupo contou com o apoio de um facilitador hábil, para auxiliar o processo de tutoria. O programa incluiu: A) Três *workshops* face a face para todos os mentores e candidatos, abrangendo formação em técnicas de tutoria e de aprendizagem pela

	ação, sessões educacionais sobre liderança clínica e oportunidades para a reflexão e *feedback*; B) encontros face a face mensais ou reuniões de tutoria por telefone, organizados pelos pares mentores, utilizando um modelo de aprendizagem; C) e-mail mensal com os facilitadores do programa. Em particular, os facilitadores pediram *feedback* de ambos os mentores e candidatos em relação às suas reuniões de tutoria; D) facilitadores do programa que frequentam uma reunião de cada par de mentores para observar e fornecer *feedback*; E) participação na avaliação do programa através de questionário pré e pós. De acordo com os autores, estes componentes permitiram que os pares de mentores identificassem questões de liderança e tivessem tempo suficiente durante o programa de 18 meses, para os candidatos analisar e executar ações discutidas como possíveis soluções para os problemas. O *Leadership Practices Inventory (LPI)* (inventário de práticas de liderança) foi utilizado para medir cinco práticas de liderança que compreendem: "desafiando o processo"; "inspirando uma visão compartilhada"; "habilitando os outros a agir"; 'modelando o caminho" e "incentivar o coração". As primeiras quatro práticas estão relacionadas com a liderança transformacional, enquanto aspectos das últimas três práticas, como "permitir outros a agir", são mais estreitamente relacionados com a liderança transacional. O *LPI* contém 30 afirmações comportamentais que estão relacionadas a cada uma destas cinco práticas de liderança. Os entrevistados foram convidados a indicar a frequência com que eles se envolvem em comportamento, por meio de uma escala de resposta do tipo *Likert* de 10 pontos, com 0 = quase nunca e 10= quase sempre. Além disso, havia uma pergunta a respeito de se "você desenvolveu a si mesmo como parte deste programa?" e "como é que o programa mudou sua prática no seu local de trabalho?". Frequências foram computadas para os itens registrados pelos respondentes para essas duas perguntas.
Resultados	Com os resultados para pontuação da prática em liderança pré-intervenção, no pré-questionário, foram encontradas diferenças significativas entre os mentores e candidatos na maioria dos itens do LPI (p <0,05). Antes do início do programa (T1), os candidatos ao cargo de enfermeiros relataram habilidades significativamente mais baixas em todas as cinco práticas de liderança do Inventário de Práticas de Liderança do que os mentores. Isso não é inesperado, já que os enfermeiros sêniores recrutados como mentores tinham experiência de gestão e liderança substancial. Os escores médios totais para candidatos e mentores no LPI antes do programa foram 47,03 e 52,51, respectivamente. Liderança pós-intervenção pontuação prática - No pós-questionário, os candidatos relataram maior confiança em suas habilidades de liderança. Os escores médios totais para candidatos e mentores no LPI sobre a conclusão do programa foram 49, 33 e 51, 25, respectivamente. Este foi um aumento de 2,30 para os candidatos e uma diminuição de 1,26 para os mentores. Essas diferenças não foram estatisticamente significantes (p <0. 05). Os dados foram analisados em relação aos itens de liderança transformacional e transacional. Os candidatos relataram uma melhora significativa para os itens transformacionais e nenhuma mudança para os aspectos transacionais. Isto sugere que a melhoria global não foi significativa para os candidatos, porque eles aperfeiçoaram suas habilidades nos itens da *LPI* que a maioria relacionou com a liderança transformacional, sem alteração relatada nos aspectos de liderança transacional. Os mentores e os candidatos a enfermeiros avaliaram qualitativamente o programa, dados quantitativos ilustram a melhora significativa do autorrelato para as práticas de liderança entre os candidatos a enfermeiros. Em particular, os candidatos a enfermeiros apresentaram maior competência nos aspectos transformacionais da liderança que estão diretamente relacionados aos candidatos aos padrões de liderança clínica.

Conclusões	O Departamento de Saúde do Estado destinado a ajudar os candidatos ao título de enfermeiros no cumprimento da padronização de liderança clínica financiou um programa de orientação (mentoria) de 18 meses. A mentoria parecia ser uma abordagem razoável dada a evidência existente, de acordo com o levantamento realizado pelos autores deste estudo, os quais apontaram que há evidências de uma relação positiva entre mentoria e liderança em enfermagem e o reconhecimento da necessidade de apoiar enfermeiros de práticas avançadas, como os *Australian Nurse Practitioner Candidates* (candidatos a enfermeiros australianos) por meio de orientação (mentoria). Usando a abordagem de aprendizagem pela ação, os mentores foram capazes de incentivar os candidatos a refletir sobre suas ações, incorporando o aprendizado para o futuro a resolução de problemas. Não há nenhuma evidência conclusiva sobre a melhor forma de escolher pares mentores/candidatos. Os mentores não tinham disciplinas clínicas que combinavam com os candidatos e assim os pares foram correspondidos em estilos de aprendizagem relatados, garantindo que mentores e candidatos fossem de diferentes organizações. A resistência inicial a este processo foi rapidamente combatida quando os candidatos começaram a entender os benefícios de ser orientado por alguém que não era o seu gerente de linha direta e que poderia fornecer uma perspectiva imparcial para as questões organizacionais. Desse modo, um programa de tutorial formal, estruturado com base em princípios de aprendizagem e ação foi bem-sucedido na melhoria da prática da assistência avançada de enfermeiros, melhorando suas habilidades de liderança clínica em preparação para aprovação formal, como enfermeiro praticante e, para o sucesso em seu papel de prática avançada. Desse modo os autores sugerem que para a relevância da prática clínica, a tutoria pode ajudar os enfermeiros em transição para novos papéis a desenvolver conhecimentos e habilidades em liderança clínica essencialmente para funções de práticas mais avançadas. Gerentes de enfermagem devem utilizar mais os programas de apoio a enfermeiros em sua transição para as novas funções.
Instrumentos utilizados	*Leadership Practices Inventory (LPI)*.

Quadro 14 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria desenvolvimento da liderança, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 35 **Título**	*Transformational, Transactional, and Passive-Avoidant Leadership Characteristics of a Surgical Resident Cohort: Analysis Using the Multifactor Leadership Questionnaire and Implications for Improving Surgical Education Curriculums.*
Autor(es)	HORWITZ, Irwin B.; HORWITZ, Sujin K; DARAM, Pallavi; BRANDT, M.L. BRUNICARDI, F. Charles; AWADS. Samir.
Periódico	*Journal of Surgical Research*. 2008; 148, 49–59.
Ano/País	2008/Estados Unidos
Objetivos	Analisar dados da administração do *Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ)* em uma coorte de residentes de cirurgia para identificar as áreas de maior necessidade em educação em liderança na formação de médicos residentes.
Detalhamento Amostral	65 médicos residentes do departamento de cirurgia do *Baylor College of Michael E. DeBakey*
Detalhamento Metodológico	Estudo de coorte, transversal. Os estilos de liderança dos residentes foram medidos em 12 subescalas de liderança. Realizaram-se comparações entre gêneros e anos de pós-graduação e comparações com as normas nacionais. Residentes de cirurgia no *Baylor College of Michael E. DeBakey* Departamento Médico-cirúrgico (n= 65) preencheram o formulário *MLQ 5X* resumido (versão líder). Antes da administração do *MLQ*, os residentes primeiramente preencheram uma página de informações sociodemográficas gerais, que pedia informações sobre a idade, sexo, estado civil, ano de pós-graduação. Os inquiridos forneceram uma avaliação dos seus comportamentos de liderança de seus supervisores, respondendo aos itens 45 da escala *MLQ*. Cada comportamento de liderança foi avaliado em uma escala de 5 pontos do tipo *Liker*t que varia de 0=nunca a 4= frequentemente, se não sempre. As estatísticas descritivas foram obtidas para resumir as características dos residentes cirúrgicos no seu conjunto, e pela categorização sociodemográfica. A análise bivariada foi realizada para examinar as relações entre as variáveis do estudo. Para examinar as propriedades psicométricas das variáveis, testes de confiabilidade e uma análise dos componentes principais também foram realizados. Finalmente, uma série de análises de regressão hierárquica foi realizada para examinar as relações entre as dimensões de liderança *MLQ* e o resultado das variáveis. Os dados também foram examinados para valores atípicos extremos e falta de informação. No caso em que foi detectada falta de um item na subescala, os dados de variáveis foram classificados para os itens do *MLQ* usando a média de pontuação derivada de respostas da subescala. Quando havia mais de dois itens da subescala em falta, toda a subescala era considerada como ausente. Todas as análises estatísticas deste estudo foram realizadas em *SPSS* versão 14.0, 2005 (Chicago, IL).
Resultados	De 12 escalas de liderança, os residentes como um todo tiveram níveis de gerenciamento significativamente maior em gerenciamento por exceção ativo e passivo, do que os da norma nacional (t = 6,6, P <0,01, t = 2,8, P <0,01, respectivamente), e significativamente menor nos escores de pontuações (t = 2,7, P <0,01). Apenas um escore de gerenciamento por exceção ativa foi estatisticamente diferente, e maior entre os homens do que mulheres (t = 2,12, P <0,05). Os pós-graduados com 3-5 anos tiveram pontuações para *laissez-faire* significativamente mais baixas do que pós-graduados com tempo de 1-2 anos (t = 2,20, P <0,05). Análise dos componentes principais revelou dois fatores de liderança com autovalores acima de 1,0. A regressão hierárquica encontrou evidência de um efeito de aumento para a liderança transformacional.

Conclusões	De acordo com os autores, foi possível identificar áreas de pontos fortes e fracos de liderança nos médicos residentes. O *Multifactor Leadership Questionnaire* demonstrou ser uma valiosa ferramenta para a identificação de áreas específicas onde o treinamento de liderança seria mais benéfico no currículo educacional. O uso futuro deste instrumento poderia revelar-se útil para os programas de formação de educação de cirurgiões.
Instrumentos utilizados	*MLQ-5X short*

Quadro 15 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria desenvolvimento da liderança, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 2 **Título**	*The Development and Validation of a Transformational Leadership Survey for Substance Use Treatment Programs*
Autor(es)	EDWARDS, Jenifer R.; KNIGHT, Danica K.; BROOME, Kirk M.; FLYNN,Patrick M.
Periódico	*Subst. Use Misuse*. 2010 July; 45(9): 1279–1302
Ano/País	2010/ Estados Unidos
Objetivos	O objetivo foi desenvolver um instrumento para avaliar a liderança transformacional dentro de organizações de saúde para tratamento de pacientes em uso de substâncias, e que este seja disponibilizado gratuitamente, que seja confiável, válido, e que possa ser usado para subsidiar o automonitoramento organizacional e reforçar os treinamentos em liderança.
Detalhamento Amostral	Foram avaliados diretores clínicos quanto às suas práticas de liderança por conselheiros (213) em 57 programas de tratamento em quatro regiões dos Estados Unidos da América (EUA).
Detalhamento Metodológico	Estudo descritivo, transversal. Do pessoal participante, a maioria era do sexo feminino, branca, com formação em nível superior, atuando no mínimo há três anos na área e pelo menos há um ano em sua posição atual. A média de idade dos funcionários e líderes era de 39 e 48 anos respectivamente. Foram utilizados grupos de discussão, análise fatorial e validação de instrumentos. O estudo desenvolveu e estabeleceu as propriedades psicométricas para o *Survey of Transformational Leadership (STL).* A fim de estabelecer a validade e confiabilidade do *(STL)*, foram realizados dois estudos de campo: No estudo (1), foi realizada uma avaliação qualitativa (grupos de focais) para refinar o instrumento. Os grupos focais foram conduzidos para avaliar a redação e a utilidade do *STL* para os programas de tratamento de uso de substâncias. Foram realizados três grupos focais que incluíram conselheiros e diretores de duas agências da Costa do Golfo em tratamento ambulatorial de uso de substâncias. A equipe de conselheiros e os diretores foram mantidos separados para garantir a confidencialidade dos comentários. Os participantes receberam informações sobre os objetivos do estudo e confidencialidade. Os funcionários e diretores forneceram: *feedback* sobre a utilidade do *STL*, informações sobre em quais posições de trabalho (diretor clínico) geralmente executam as funções de liderança apontadas na pesquisa, sugestões para esclarecer itens na redação do inquérito e identificação de comportamentos de liderança que deveriam ser adicionados ao inquérito. Os membros dos grupos focais designaram ao diretor clínico (sendo o indivíduo de supervisão direta aos conselheiros) como a pessoa a ser avaliada, ao invés do diretor do programa. Houve um consenso de que os diretores do programa foram mais responsáveis pelo gerenciamento operacional do que pela supervisão clínica. No entanto, alguns diretores do programa desempenham múltiplas funções, inclusive a de diretor clínico. No estudo (2), uma avaliação quantitativa foi realizada para analisar as propriedades psicométricas tanto dos componentes separados (os fatores de primeira ordem) como a realização de uma medida global da liderança transformacional (fator de segunda ordem). Foram entrevistados os conselheiros que possuem contato direto com o cliente e que estão envolvidos em projeto de "Custos de tratamento e Monitoramento organizacional". Dos 87 programas convidados, apenas 57 participaram do estudo, sendo 213 membros de equipe e 57 líderes. Os primeiros contatos com os programas foram realizados através de e-mail, fornecendo informações sobre os objetivos do estudo, procedimentos de coleta de dados e incentivos (cada participante que completou o pacote foi contemplado a participar de um sorteio com chance de ganhar um dos quatro presentes de $ 25 dólares ou um dos dois presentes de $ 50 dólares concedidos por região). Uma vez que a organização concordasse em participar, determinava-se o número de membros do pessoal com o contato direto com o cliente, assim o correspondente número de pacotes de pesquisa foi enviado para as instituições. O pacote continha um formulário de consentimento, uma carta específica ao programa, o questionário de liderança (tempo médio de conclusão de 30 minutos) e um envelope de porte-pago para retorno do questionário respondido. Devido à variação de títulos de

	trabalho entre as organizações e com base no *feedback* dos grupos focais, em vez de pedir aos participantes que classificassem seu diretor clínico, os contatos dos programas foram solicitados a identificar por título quem tem a posição de "supervisão direta de médicos/conselheiros." Este cargo específico ao programa foi impresso no questionário da carta de apresentação da equipe. Aos diretores clínicos foi solicitado para completarem o pacote, com apenas informações que pudessem ser utilizadas no estudo. Toda a participação nos estudos foi voluntária, e os protocolos de pesquisa foram aprovados pelo Conselho de Revisão Institucional da Universidade do *Institute of Behavioral Research-Texas Christian University (TCU)*. Na análise de primeira ordem dos componentes do instrumento *STL*, os pesquisadores realizaram as análises fatoriais exploratórias separadamente, de cada um dos cinco componentes principais conceituais de primeira ordem. Foram analisadas a dimensionalidade, a validação da escala, a consistência interna, a validade convergente e a validade de critérios relacionados. Em seguida, os pesquisadores realizaram a análise de segunda ordem para a liderança transformacional.
Resultados	O *STL* foi avaliado em duas etapas: análise de primeira ordem sobre os componentes do instrumento *STL* e análise de segunda ordem na Liderança Transformacional. A estrutura de cada fator de primeira e segunda ordem foi determinada em duas fases: (1) análise de componentes principais para ajudar a estabelecer o número de componentes extraído dos dados, e (2) análise de fator máxima verossimilhança. O *STL* consistiu de uma bateria de avaliação, bem como os itens selecionados do *MLQ*. *Attributes of Leader Behavior Questionnaire (ALBQ)* e Survey of Organizational Functioning (*SOF*) foram usados para desenvolver e validar a nova ferramenta de liderança transformacional. No preenchimento dos instrumentos *STL, MLQ* e *ALBQ*, membros da equipe responderam a uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, afirmando: "A pessoa que estou classificando" executa certa prática de liderança variando de "modo algum" (0) "; com frequência, se não sempre (5)". Itens fraseados negativamente foram codificados reversamente para análise. Após foi realizada análise fatorial de cada domínio, a partir da pontuação média dos itens. Os escores da escala foram então multiplicados por 10 e tiveram uma variação de 0 a 40 para permitir facilidade no *feedback* clínico ou na interpretação de classificações de liderança. O *STL* incluiu 84 itens representando cinco componentes principais que foram subdivididos em 16 temas conceituais. Essa nova bateria de avaliação incluiu quatro escalas do *MLQ* que correspondem às medidas de liderança transformacional e duas escalas a partir do instrumento *ALBQ*. O valor do coeficiente de confiabilidade e da consistência interna foram 0,94 e 0,89 respectivamente. O corpo clínico completou o instrumento *SOF*, e para os 6 itens desta escala foi considerada uma variação de pontuação de 1 a 5, onde 1 indica “discordo totalmente” e 5 indica “concordo totalmente”. Os escores da escala foram multiplicados por 10 e variaram de 10 a 50. Uma variável dicotômica baseada na divisão mediana foi desenvolvida para a satisfação no trabalho, para examinar a diferença média de classificações de liderança na satisfação no trabalho se alta ou baixa. O alfa de Cronbach para esta amostra foi 0.82. Nove temas surgiram: integridade, sensibilidade ao risco, demonstra a inovação, encoraja a inovação, motivação inspiradora, apoia os outros, desenvolve os outros, delega funções e espera excelência.
Conclusões	O *STL* também pode ser utilizado como uma medida global da Liderança Transformacional. A análise de fator de segunda ordem revelou uma estrutura quase análoga aos estudos realizados utilizando o *MLQ*. Isto sugere que o *STL* pode ser usado para capturar a essência ou a extensão em que os líderes são geralmente percebidos como transformacionais na sua abordagem. Uma baixa carga de excelência espera que poderia refletir sutis distinções entre o conteúdo conceitual desse tema e os outros fatores de primeira ordem. Os autores sugerem que as expectativas de alto desempenho podem aumentar o conflito entre papéis, diminuir a satisfação pessoal e diminuir a confiança no líder, especialmente quando o líder não expressa confiança na capacidade dos seguidores para completar tarefas. Este estudo observou se o líder manifesta

	confiança na conclusão de tarefas, apoiado na delegação das mesmas em vez de esperar excelência. Sem o item "confiança", se espera que o fator de excelência assemelhe-se a mais de um estilo de liderança, a liderança transacional, onde se espera do líder alto desempenho de tarefas em troca de compensação, mas não necessariamente comunica com antecedência os seguidores que atenderão às altas expectativas.
Instrumentos utilizados	*Survey of Transformational Leadership (STL); Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ); Attributes of Leader Behavior Questionnaire (ALBQ); Survey of Organizational Functioning (SOF).*

Quadro 16 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 3 **Título**	Avaliação da liderança dos enfermeiros por auxiliares e técnicos de enfermagem segundo o método 360°
Autor(es)	LLAPA-RODRIGUEZ, Eliana O.L.; OLIVEIRA, Juliana K.A.; NETO, David L.; CAMPOS, Maria P.A.
Periódico	Rev. Gaúcha Enferm. 2015 dez; 36(4): 29-36.
Ano/País	2015/ Brasil
Objetivos	Avaliar a liderança dos enfermeiros de uma maternidade pública por auxiliares/ técnicos de enfermagem usando o método 360º
Detalhamento Amostral	Participaram deste estudo 115 profissionais de enfermagem (96 técnicos/auxiliares de enfermagem e 19 enfermeiros) que atuavam nos setores de alojamento conjunto, no mínimo há um ano.
Detalhamento Metodológico	Estudo descritivo, de corte transversal, realizado em uma maternidade de Manaus (AM) Norte do Brasil, de maio de 2010 a julho de 2011. A maternidade é credenciada pela OMS como "Hospital Amigo da Criança", é um estabelecimento assistencial de saúde da rede pública, de grande porte (186 leitos), referência para atendimento da gravidez de alto risco. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de dois questionários do método de avaliação 360º. O primeiro foi direcionado para técnicos e auxiliares de enfermagem para que avaliassem o líder da equipe (enfermeiro), e o segundo foi direcionado aos enfermeiros gerentes-líderes para que realizassem a autoavaliação. Os questionários foram constituídos por 24 questões, organizadas em quatro categorias avaliativas do exercício da liderança (comunicação, geração de um clima de apoio, modelo de papel e estilo de gestão). As respostas tinham uma variação de "Muito Pouco Frequente" (MPF) a "Muito Frequentemente" (MF), sendo atribuídos valores de 1 a 5 para cada item. A análise dos dados ocorreu por intermédio dos softwares estatísticos R e Minitab 14, utilizando-se indicadores de dispersão (medidas centrais e desvio-padrão) e o teste exato de Fisher para testagem da independência das respostas entre os profissionais, sendo: H0 - Proporção de respostas iguais para ambos e H1 - Proporção de respostas diferentes para ambos. Destaca-se a regra de decisão para rejeitar H0 equivalente a p-valor < α=0,05 (fixado).
Resultados	Os enfermeiros tiveram um desempenho favorável nas quatro categorias estudadas. Os técnicos e auxiliares discordaram quanto ao desempenho de liderança dos enfermeiros nas categorias "Comunicação" e "Clima de Apoio". Na categoria "Modelo de Papel", houve respostas de favorabilidade em todos os itens, com destaque para PAPEL18 (atuo de maneira respeitosa com os outros). Em "Estilo de Gestão", o maior índice de favorabilidade foi 79% para GESTÃO16 (para assegurar uma unidade de compreensão).
Conclusões	O uso do método de avaliação 360º possibilitou que as categorias profissionais de enfermagem avaliassem a si mesmas e recebessem *feedback* de outros membros da equipe. Na categoria "Comunicação", mesmo a maioria dos enfermeiros mencionar que sabem se comunicar, quanto à disseminação dos resultados e na oferta de direcionamentos aos seus colaboradores, houve discordância por parte dos técnicos/ auxiliares de enfermagem. Na categoria "Clima de Apoio" para realização das ações, enquanto os enfermeiros afirmaram que como líderes criam condições para proporcionar um ambiente de abertura e confiança, os técnicos/auxiliares de enfermagem apontam que isso não acontece nos seus ambientes de trabalho. Os profissionais de enfermagem asseguraram que o enfermeiro gerente-líder possui comprometimento com os objetivos do serviço de enfermagem, direciona os colaboradores com competência, habilidade e atitudes por meio de diferentes processos de trabalho em busca da melhoria contínua, sendo assim, um exemplo de líder a ser seguido. A respeito dos "Estilos de Gestão" adotados, enfermeiros e técnico-auxiliares de enfermagem entraram em acordo que seus líderes sabem identificar possíveis barreiras que dificultam a eficácia do trabalho; testam o

	entendimento dos colaboradores, para a maior compreensão possível e, ainda, estabelecem os objetivos a serem alcançados, buscando atender às solicitações do público que utiliza os serviços. Desse modo os autores concluíram que as categorias “Comunicação” e “Clima de Apoio” demostram a maior fragilidade do enfermeiro como gerente-líder, quando comparadas com as categorias “Modelo de Papel” e “Estilo de Gestão”.
Instrumentos utilizados	Método Avaliação 360º ou Método *Feedback* 360º

Quadro 17 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 4 **Título**	*Coaching leadership: leaders' and followers'perception assessment questionnaires in nursing*
Autor(es)	CARDOSO, Maria L.A.P.; RAMOS, Laís H.; D'INNOCENZO, Maria.
Periódico	*Einstein*, 2014; 12(1): 66-74
Ano/País	2014/Brasil
Objetivos	Apresentar o desenvolvimento, a análise de conteúdo e a confiabilidade de dois questionários, para avaliar a percepção de enfermeiros-líderes, técnicos e auxiliares de enfermagem (liderados), sobre a prática da liderança e a relação com as dimensões do processo *coaching*.
Detalhamento Amostral	A 1ª etapa foi para construção dos instrumentos: Participaram 24 juízes, dos quais cinco eram administradores, engenheiros e psicólogos especialistas em gestão de pessoas e *coaching*, e 19 enfermeiros-gestores e líderes da enfermagem. A 2ª etapa consistiu na aplicação dos instrumentos (pré-teste): Participaram 279 enfermeiros e 608 técnicos e auxiliares de enfermagem (atuantes nas unidades de internação de clínica médico-cirúrgica, unidades de terapia intensiva adulto, unidades de pronto-socorro adulto, unidades de centro cirúrgico e central de material e esterilização).
Detalhamento Metodológico	Estudo metodológico, de abordagem quanti-qualitativa, que teve como meta a instrumentação que se refere à construção e à validação de instrumentos de medida. Os procedimentos metodológicos dividiram-se em duas etapas. Na primeira, foram analisadas as dimensões da liderança *coaching* com uma premissa relacionada a seus determinantes, premissa esta que se constituiu a partir de um consenso do conteúdo dos instrumentos na avaliação por juízes, com a utilização da técnica Delphi. A segunda compreendeu o delineamento da pesquisa, tendo o estudo de campo sido realizado em quatro hospitais gerais, sem fins lucrativos, de grande porte, localizados na cidade de São Paulo (SP), sendo dois universitários e dois hospitais de direito privado, no período de junho a dezembro de 2011. Como referencial teórico-metodológico os autores utilizaram, para a adaptação e criação dos instrumentos, os pressupostos de Pasquali (2003). Os instrumentos foram criados e alicerçados na experiência da pesquisadora principal, e as proposições foram fundamentadas a partir do referencial teórico da Liderança Situacional de *Hersey* e *Blanchard*. O Questionário de Autopercepção do Enfermeiro no Exercício da Liderança foi denominado QUAPEEL e o outro destinado aos técnicos e auxiliares de enfermagem (liderados), Questionário de Percepção do Técnico e Auxiliar de Enfermagem no Exercício da Liderança foi apresentado como QUEPTAEEL. Ambos os questionários contêm questões estruturadas e são compostos por três partes: a primeira com dados sociodemográficos dos sujeitos; a segunda com perguntas abertas e fechadas, relativas aos conhecimentos dos sujeitos sobre a temática da liderança; e a terceira com questões relativas às habilidades e atitudes exercidas pelos líderes e liderados na prática da liderança *coaching*, composta por um instrumento de medida escalar (*Likert*). Ao final de cada instrumento, foi incluída uma questão específica também fechada, para classificação geral dos instrumentos construídos, com o objetivo de avaliar sua aplicabilidade nas instituições de saúde, especificamente no contexto hospitalar. A mensuração utilizada foi: "plenamente aplicável, aplicável, relativa aplicabilidade e não aplicável". Os instrumentos passaram por validade de conteúdo, e para esta etapa a escolha dos juízes obedeceu a alguns critérios: gerência, ensino, pesquisa e consultoria na área de enfermagem e liderança de pessoas, serem sócios da Sociedade Brasileira de Gerenciamento em Enfermagem (SOBRAGEN) e possuírem publicações na temática estudada.
Resultados	Os achados demonstraram que se trata de instrumentos de medidas conceitualmente válidas, compreensíveis para os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e coerentes nos atributos que mensuram. Estabeleceram um consenso de conceituação das situações que representam habilidades e atitudes exercidas por enfermeiros-líderes e seus liderados na prática da liderança *coaching*, conforme a concordância e as sugestões declaradas pelos juízes. Todos os 20 determinantes foram tratados com uniformidade de importância, mas acredita-se

	que, na prática, alguns determinantes (como os da dimensão comunicação) possam ser considerados mais determinantes ao enfermeiro-líder no exercício da liderança *coaching.* Considerando a percepção dos técnicos e auxiliares de enfermagem sobre a prática da liderança e a relação com as dimensões do processo *coaching*, os autores afirmam que houve coerência com a percepção dos enfermeiros. Foi verificado que os liderados têm uma visão positiva, ao declararem a aplicabilidade prática das dimensões do processo *coaching* e ao admitirem que consideravam adequada a liderança exercida pelo enfermeiro-líder no dia a dia do trabalho.
Conclusões	Por meio da validação estatística, comparou-se a possibilidade de utilização dos instrumentos QUAPEEL e QUEPTAEEL com outras amostras de estudo, pois houve evidências de confiabilidade e aplicabilidade. Os autores recomendam que instrumentos QUAPEEL e QUEPTAEEL possam ser utilizados dentro dos hospitais, como estratégia no mapeamento da liderança exercida pelos enfermeiros- líderes e para identificar os efeitos da adoção de práticas que influenciem o processo *coaching*. As considerações são sugestivas, haja vista que, para delinear o desempenho efetivo dessa prática, seria necessário vivenciar o modelo de medição proposto.
Instrumentos utilizados	Questionário de Autopercepção do Enfermeiro no Exercício da Liderança (QUAPEEL) - Questionário de Percepção do Técnico e Auxiliar de Enfermagem no Exercício da Liderança (QUEPTAEEL)

Quadro 18 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 5 **Título**	*Quantum Leadership: The Implication for Iranian Nursing Leaders*
Autor(es)	DARGAHI, Hossein
Periódico	*Acta Medica Iranica*, 2013; 51(6): 411-417.
Ano/País	2013/Irã
Objetivos	Determinar as habilidades, características e funções de liderança quântica dos administradores de enfermagem de hospitais da Universidade de Ciências Médicas do Teerã (Irã).
Detalhamento Amostral	25 enfermeiros administradores de hospitais que fazem parte de hospitais da Universidade do Teerã de Ciências Médicas.
Detalhamento Metodológico	Estudo transversal, realizado com administradores de 25 hospitais da Universidade do Teerã de Ciências Médicas, Teerã (Irã), em 2011-2012. A ferramenta de pesquisa para a coleta de dados foi um questionário autoadministrado que mede as habilidades quânticas, características de liderança quântica e funções de líderes quânticos em administradores de enfermagem. Este questionário consiste em três escalas nomeadas: 1) habilidades quânticas, composta de 16 questões, 2) características de líderes quânticos, composta de 9 questões e 3) as funções dos líderes quânticos, composta de 12 questões. A escala de habilidades quânticas incluiu sete subescalas nomeadas: "visão quântica", "pensamento quântico", "sentimento quântico", "conhecimento quântico", "atuação quântica", "confiança quântica" e "ser quântico". Todas as questões foram medidas usando 5 pontos da escala *Likert* de acordo com as respostas. As opções variam de discordo = 1 a concordo fortemente = 5. A média de cada escala e subescala e média total calculada para "*quantum*" foi a partir de 50. Os administradores de enfermagem que receberam entre 50-75 pontos tinham habilidades relativamente quânticas e quando recebiam mais de 75 pontos possuíam habilidades quânticas completas. O questionário foi submetido à avaliação de cinco especialistas em gerenciamento para avaliar a sua validade quanto à clareza, pertinência e à coerência das perguntas. Para avaliação da confiabilidade dos questionários, realizou-se um estudo-piloto envolvendo cinco participantes selecionados aleatoriamente, duas semanas antes do estudo principal. A comparação dos resultados obtidos com os resultados do estudo principal utilizou o método de teste e pré-teste, cujo coeficiente alfa de Cronbach obteve o valor de 0,90, sugerindo uma elevada confiabilidade. O Comitê de Ética da Universidade de Ciências Médicas do Teerã aprovou este estudo. Dados demográficos dos entrevistados consistiram em sexo, idade, estado civil, graus de escolaridade, anos de experiência de trabalho, anos de experiência gerencial e cursos de formação de gestão. Os questionários foram entregues aos entrevistados, e eles foram convidados a preencher os questionários, depois que os entrevistadores explicassem o objetivo e a filosofia do estudo. Todos os 25 participantes preencheram e devolveram os questionários, obtendo-se uma taxa de resposta de 100%. Os dados foram coletados e analisados pelo software SPSS e Teste com métodos estatísticos.
Resultados	A idade dos participantes variou de 20 a 50 anos, e 43% deles tinham mais de 41. A maioria deles era do sexo feminino, e eram casados (80%). Cinquenta e dois por cento dos entrevistados relataram ter mestrado e 48% deles eram licenciados. Um terço dos participantes tinha entre 15-20 anos de experiência profissional, e a maioria deles (64%) tinha entre 5-10 anos de experiência gerencial. A maioria dos administradores de enfermagem tinha passado por formação de, no mínimo, um curso de gerenciamento. Os resultados apresentados no estudo mostram que os entrevistados tinham pontuação mais significativa em visão quântica e menos significativa em pensamento quântico. A média de escore para características de liderança quântica para enfermeiros administradores do hospital foi de 75,71$\pm$ 5.98, o que significa que todos os entrevistados pontuaram para liderança quântica. Outros resultados da

	pesquisa descobriram que os homens em relação às características de liderança quântica apresentaram 82,01 ± 6,77 e para funções de liderança quântica foi 78,57 ± 6,28, o que significa que todos os administradores de enfermagem tinham apontado características e funções de liderança quântica. Na totalidade, houve semelhança onde os administradores de enfermagem do hospital tiveram uma média de 78,76 com SD = 4,50 para a liderança quântica. Foi analisada a correlação entre dados demográficos de administradores de enfermagem com suas habilidades quânticas. Foi descoberto que os entrevistados que passaram por cursos de formação em gestão tiveram significativamente relacionados com a liderança quântica, ou seja, os entrevistados que tinham passado pelos cursos de formação em gestão tiveram maior capacidade para a liderança quântica. No entanto, não houve correlação positiva entre habilidades quânticas dos entrevistados com a sua idade (P = 0,34), com seu grau (P = 0,96), anos de experiência de trabalho (P = 0,83) e anos de experiências de gestão (P = 0,69).
Conclusões	Para o autor, liderança "*Quantum*" ou liderança quântica é um paradigma que acrescenta um importante papel na literatura sobre liderança nas organizações de saúde. Liderança *Quantum* dá preferências às habilidades e aos comportamentos que os líderes usam para orientar suas organizações de forma eficaz e movê-las da era industrial do século 20 para a informação e tecnologia do século 21. Usar a liderança quântica exige que os líderes de saúde convertam seus paradigmas individuais no sentido de desenvolver habilidades na gestão de conflitos, assunção de riscos, inovação, treinamento, criando novas culturas organizacionais e construindo um contexto de esperança. No entanto, novos treinamentos em liderança e educação são necessários para administradores de enfermagem mudarem seu papel na linha de frente do sistema de enfermagem. As organizações de saúde iranianas, nas quais os enfermeiros-líderes vivem, são caracterizadas pela desigualdade contínua, aumento da diversidade e restrições de negócios que precisam de sistemas novos e eficazes para melhorar os resultados dos hospitais. Estas organizações de saúde exigem novas habilidades para se concentrar em gerenciamento de mudanças, resolução de conflitos e habilidades de comunicação altamente desenvolvidas. A liderança quântica fornece um importante recurso para avançar na liderança de enfermagem iraniana para a excelência organizacional. O autor constatou que líderes de enfermagem dos hospitais iranianos possuem potenciais habilidades quânticas e esperam que eles tenham o aumento no desenvolvimento do autossenso e a capacidade de melhorar os resultados de cuidados de enfermagem nesses hospitais.
Instrumentos utilizados	*Quantum*

Quadro 19 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 9 **Título**	*Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey*
Autor(es)	PATRICK, Alisson; LASCHINGER, Heather K.S.; WONG, Carol; FINEGAN, Joan.
Periódico	Journal of Nursing Management, 2011, 19, 449–460
Ano/País	2011/Canadá
Objetivos	Desenvolver um modelo conceitual para profissionais de liderança clínica em enfermagem derivada do modelo da teoria da liderança transformacional de Kouzes e Posner, e testar as propriedades psicométricas de uma nova medida desenvolvida para avaliar a liderança clínica da equipe de enfermagem com base neste modelo em uma amostra de enfermeiros registrados, trabalhando em hospitais canadenses.
Detalhamento Amostral	Foram selecionados na amostra aleatória profissionais de enfermagem (n = 1.160) que trabalham em ambientes de cuidados agudos, a partir de uma lista de registro do "*College of Nurses"* de Ontário. A amostra final foi composta por 480 pesquisas utilizáveis com uma taxa de resposta de 46%.
Detalhamento Metodológico	Um projeto de pesquisa não experimental foi utilizado para testar as propriedades psicométricas do *Clinical Leadership Survey (CLS)* dividido em algumas etapas: 1) validação preliminar da pesquisa em liderança clínica, onde neste momento foi criado o *Clinical Leadership Survey (CLS*), a partir da junção de itens direcionados aos comportamentos em liderança clínica de enfermagem que refletem as 05 categorias de prática de liderança de Kouzes e Posner o *Leadership Practices Survey (LPI).* Passou por validade de face e validade de conteúdo, envolvendo um painel de seis especialistas para avaliar os itens da nova medida. 2) Para a coleta dos dados, enfermeiros foram contatados em quatro ocasiões de acordo com o método de Dillman: 1º) foi enviada uma carta para os enfermeiros comunicando-os que receberiam o questionário em breve, 2º) Três dias depois, o questionário impresso foi enviado pelo correio com um envelope de retorno autoendereçado e selado. Um pequeno cartão de presente para a compra de café popular foi incluído a cada questionário, 3º) um lembrete foi enviado 2 semanas após o pacote de pesquisa e 4º) um questionário de substituição com uma carta de advertência foi enviado para as não respondentes quatro semanas mais tarde. 3) Instrumentação - a pesquisa consistiu de três medidas de construtos de rede nomológica do contexto pesquisado: uso de práticas de liderança transformacional pela enfermeira gerencial, empoderamento estrutural e o questionário recém-desenvolvido *Clinical Leadership Survey*. Um questionário demográfico também foi incluído. O questionário que mede condições para a eficácia do trabalho o *Conditions for Work Effectiveness Questionnaire-II (CWEQ-II)* foi usado para medir o empoderamento estrutural. Este consiste em 19 itens que coincidem com as seis estruturas de capacitação/empoderamento descritas por Kanter: recursos, apoio, informação, oportunidades de aprender e crescer, poder formal e informal. Os itens são classificados em uma escala de *Likert* de cinco pontos. Os pesquisadores desenvolveram o *CLS* para medir a liderança clínica da equipe de enfermagem, derivado do modelo de Kouzes e Posner. A versão inicial do *CLS* consistiu em 41 itens de medida para comportamentos em liderança clínica da equipe de enfermagem. Os itens são avaliados em 5 pontos da escala Likert de "discordo totalmente" a "concordo totalmente". Sendo 11 itens de medida para "Desafiando o processo", 8 itens para "Inspire uma visão compartilhada", 7 itens para "Capacite os outros a agir", 9 itens para "Trace o caminho", e 6 itens para "Encoraje o coração". O *CLS* original foi revisado após uma série de análises fatoriais confirmatórias, produzindo uma escala de 15 itens, com três itens por subescala. A confiabilidade por alfa de Cronbach para algumas das subescalas do *CLS* foi relativamente baixa (0,64-0,78), sugerindo a necessidade de aperfeiçoamento e reanálise dos itens. O coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach para a escala total para *CLS* foi de 0,86. Uma escala de liderança clínica global com dois itens foi adicionada para servir como verificação de validade. Os entrevistados classificaram à medida que eles se perceberam como líderes em sua prática clínica. O alfa de Cronbach para esta medida foi de 0,78. Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial usando o

	Statistical Package para o Programa de Ciências Sociais (versão 16.0; SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). A Análise Fatorial Confirmatória (CFA) foi realizada no modelo de medição do CLS, para avaliar a validade de construto e consistência interna da nova medida. Foi usado um software estatístico a Modelagem de Equação Estrutural (SEM), usando a Análise de Momento Estrutural (*AMOS* 7.0; *SPSS* Inc., Chicago, IL, EUA) para testar o ajuste das relações hipotéticas dentro da rede nomológica para estabelecer futuramente a validade de construto.
Resultados	Foi usada análise fatorial confirmatória de evidências preliminares para a validade de construto para a nova medida de liderança clínica para profissionais de enfermagem. Empoderamento estrutural mediu a relação entre a liderança de enfermagem e liderança clínica do pessoal de enfermagem. Uma série de três modelos de medidas foi avaliada no processo de validação cruzada do *CLS*. A amostra (N = 480) foi dividida em duas amostras para este propósito. A análise fatorial confirmatória do CLS original foi realizada com a primeira amostra (n = 244), usando um processo interativo para validar a estrutura fatorial da medida recentemente desenvolvida. Esta análise sugeriu a necessidade de revisar a medida para se obterem índices de ajuste aceitáveis. Um modelo de medição composto por 15 itens (três itens por subescala) alcançou um ajuste muito bom na amostra original e foi embasado na segunda amostra no procedimento de validação cruzada. O processo interativo envolveu exame de termos errados, magnitude das correlações entre os itens e seus fatores, e ainda análise da matriz de correlação para identificar altas correlações entre os itens. O modelo de avaliação final com15 itens foi teoricamente consistente com o modelo conceitual e foi avaliado utilizando a estimativa da probabilidade máxima, cargas padronizadas entre os itens e seus fatores associados variaram de 0,48-0,86
Conclusões	Os resultados fornecem evidências encorajadoras para a validade do construto do CLS. Implicações para os administradores de gerenciamento de enfermagem é que devem criar ambientes de trabalho para garantir ao pessoal de enfermagem acesso às estruturas de trabalho que lhes permitam adotar comportamentos de liderança clínica, proporcionando assistência direta ao paciente.
Instrumentos utilizados	*LPI - Leadership Practices Inventory; Clinical Leadership Survey (CLS); Conditions for Work Effectiveness Questionnaire-II (CWEQ-II).*

Quadro 20 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 11 **Título**	*Psychometric properties of the Multifactor Leadership Questionnaire among nurses*
Autor(es)	KANSTE, Outi; MIETTUNEN, Jouko; KYNGAS. Helvi.
Periódico	*Journal of Advanced Nursing* 57(2), 201–212
Ano/País	2007/Finlândia
Objetivos	O objetivo do estudo foi investigar as propriedades psicométricas do MLQ entre enfermeiros na Finlândia.
Detalhamento Amostral	Amostra constitui-se de 601 enfermeiros e para o seguimento de avaliação ou *follow up* um ano depois, 78 enfermeiros. Sendo enfermeiros da saúde pública e enfermeiros-chefes que estavam registrados na Associação de Enfermagem Finlandesa (FNA), no momento da coleta dos dados. A amostra foi estratificada e aleatória. A população do estudo foi dividida em quatro subgrupos: 1) hospitais universitários, centrais e distritais; 2) centros de saúde; 3) hospitais psiquiátricos; e 4) hospitais privados. Estes quatro subgrupos foram selecionados porque a maior parte dos enfermeiros trabalha nestes tipos de organização de saúde. Adicionalmente, enfermeiros-chefes foram incluídos como um subgrupo separado independentemente do tipo de organização em que eles estavam trabalhando.
Detalhamento Metodológico	Estudo transversal, descritivo que retrata um inquérito nacional realizado em três etapas, na Finlândia, no período de 2001-2002. Uma versão atualizada do *MLQ-5X* foi utilizada. Foi desenvolvida a versão finlandesa do *MLQ* com base em um procedimento de tradução-retrotradução. Os itens do instrumento finlandês foram formulados com os mesmos conteúdos do instrumento original, levando em conta as características culturais do sistema de saúde finlandês. A adequação da versão final do *MLQ* foi verificada por três enfermeiros, e três enfermeiros-gestores durante conversas em grupo. Eles foram convidados a completar o instrumento e identificar itens que apresentavam pouca clareza na compreensão. Esta verificação revelou necessidade de esclarecimento em alguns itens. Enfermeiros e enfermeiros-chefes avaliaram o comportamento de supervisor imediato. Foi usada uma escala de resposta variando de 1 “de modo algum” a 5 “com frequência, se não sempre”. Acrescentou-se uma resposta "não posso dizer” (X) à escala de resposta, como uma alternativa diferenciando da escala original, porque o instrumento seria utilizado pela primeira vez na Finlândia. As respostas "não posso dizer” foram recodificadas como valores perdidos e excluídos das análises finais, de modo que as respostas "não posso dizer” não influenciaram nos resultados. Informações de contextualização foram obtidas utilizando instrumento de pesquisa que havia sido desenvolvido. No primeiro estágio da coleta de dados, foram enviados 250 questionários para enfermeiros, sendo 150 respondentes alocados no grupo 1, e 100 enfermeiros no grupo 2. Em um segundo momento, foram enviados questionários para 550 enfermeiros, destes 200 foram para o grupo 1, 150 questionários para grupo 2, 100 questionários para grupo 3, e 100 questionários para grupo 4. Adicionalmente, foram enviados mais 100 questionários para as enfermeiras-chefes. Em cada grupo, foi realizada uma amostragem sistemática de acordo com a ordem alfabética do sobrenome. No terceiro estágio, foi realizado um estudo de acompanhamento em um intervalo de 1 ano com 100 enfermeiros que haviam respondido ao inquérito no primeiro estágio, com o objetivo de avaliar a estabilidade do questionário *MLQ.* Os questionários foram enviados aos participantes com envelope retornáveis, em seus endereços. No primeiro inquérito, as respostas foram de 54%. Uma repetição do questionário foi enviada aos não respondentes após 3 meses entre a primeira e segunda coleta de dados. O aumento nas respostas foi de 73%. No geral, 660 questionários retornaram, mas houve exclusão de 59 destes. Depois da exclusão, a amostra consistiu em 601 respondentes. Os dados foram analisados com o *SPSS* versão 11.0 (SPSS Inc. 2001) e *Amos versão* 4.0. As propriedades psicométricas do questionário *MLQ* foram exploradas para verificar a consistência interna usando o alfa de Cronbach, correlações de item-total e interponto. Para o teste-reteste, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, e o coeficiente de correlação intraclasse. Adicionalmente, 95% de intervalo de confiança e alfa de

	Cronbach entre os tempos das medidas. Foi realizada a análise confirmatória e exploratória dos itens.
Resultados	A consistência interna das subescalas de liderança foi satisfatória. O Questionário MLQ foi bastante estável quando medido no intervalo de 1 ano. Embora os dados não tenham conseguido suportar o novo modelo completo, um conjunto reduzido de itens do Questionário MLQ parece mostrar evidências das estruturas de três de seis fatores (carisma, estímulo intelectual, consideração individualizada, recompensa contingente, gerenciamento por exceção ativa e passiva e liderança *laissez-faire*). A análise fatorial exploratória mostrou evidências para a estrutura de três fatores distintivos, ainda que em parte relacionados às subescalas de liderança
Conclusões	O estudo confirmou que a liderança é um construto multidimensional, medido pelo Questionário *MLQ* nos cuidados de serviços de saúde finlandês. As estruturas foram de seis e três fatores empiricamente. Com base nas propriedades psicométricas, uma versão modificada do Questionário *MLQ* mostrou ser um instrumento muito adequado para medir a multidimensionalidade da liderança de enfermagem, por ser apropriado ao uso de pesquisa em serviços de saúde finlandesa, de acordo com as explorações da estrutura de medidas fatoriais em estudos de validação de instrumentos. Assim o questionário *MLQ é* um instrumento multidimensional de medida de avaliação de 360 graus que avalia o comportamento do líder do ponto de vista dos subordinados e gestores, em todos os níveis da organização. A necessidade de um instrumento válido e confiável para medir a liderança é evidente, não só para fins de investigação empírica em liderança, mas também para fins de organizações de serviços de saúde, com o objetivo de obter uma liderança em enfermagem eficaz e de alta qualidade do trabalho.
Instrumentos utilizados	*MLQ 5X*-Finlandês

Quadro 21 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 17 **Título**	*Transformational Leadership and Change: How Leaders Influence Their Followers' Motivation Through Organizational Justice*
Autor(es)	DESCHAMPS, Carl.; RINFRET, Natalie; LAGACE, Marie C.; PRIVE, Catherine.
Periódico	*Journal of Healthcare Management.* 61:3 May/June 2016
Ano/País	2016/Canadá
Objetivos	Investigar profundamente as relações entre líderes transformacionais, justiça organizacional e motivação dos empregados nas organizações em processo de mudança.
Detalhamento Amostral	257 gestores de saúde, 69 homens (27%) e 188 mulheres (73%).
Detalhamento Metodológico	Estudo transversal. A relação positiva entre a liderança transformacional e a justiça organizacional foi a base para o primeiro conjunto de hipóteses do estudo: 1) liderança transformacional está positivamente correlacionada com a justiça distributiva; 2) a liderança transformacional está positivamente correlacionada com a justiça processual; 3) a liderança transformacional está positivamente correlacionada com justiça interacional. Cada participante completou um inquérito que consiste nas escalas descritas a seguir. Foram realizadas as pesquisas utilizando a plataforma *Web Survey Monkey*. A Liderança Transformacional foi avaliada utilizando as escalas do *Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ 5X-Short).* Para ser consistente com o modelo de estudo, foi pedido aos participantes para responderem às perguntas relacionadas ao seu supervisor imediato ou gerente. As perguntas foram reformuladas da primeira pessoa para a terceira pessoa (por exemplo: a instrução "Passo o tempo ensinando e capacitando" foi mudada para "meu supervisor imediato gasta tempo ensinando e capacitando". De acordo com os autores, essa abordagem é consistente com a de estudos recentes, indicando que as medidas de autorrelato podem ser menos confiáveis do que medidas relatadas pelos pares. Os participantes responderam aos 20 itens utilizando uma escala de *Likert* de 5 pontos. A *Organizational Justice*, utilizada para avaliar a percepção dos participantes sobre a justiça organizacional, foi usada como uma escala criada para avaliar as percepções de justiça em relação às grandes mudanças, reestruturações e reformas organizacionais. Quando as perguntas estão relacionadas com mudança organizacional, os participantes são convidados a pensar sobre a mais recente mudança que os afetou. A pesquisa avaliou três tipos de justiça usando 13 questões em uma escala de *Likert* de 5 pontos. Por exemplo, a justiça distributiva foi avaliada de acordo com declarações como “a gestão justificou perfeitamente as alterações que fizeram". Da mesma forma, justiça processual foi avaliada usando declarações, tais como “maneira que a gestão fez as alterações não foi justa para mim", e justiça interacional foi avaliada com tais afirmações como " a gestão não me explicou o porquê as mudanças foram ocorrendo." A *Self-Determined Motivation* (motivação autodeterminada) avaliou a motivação no trabalho por meio do *Inventory of Work Motivation*, uma escala baseada na teoria da autodeterminação, de língua francesa, foi construída e validada em *Quebec*. As escalas de *Likert* de 7 pontos rendem medidas para os oito conceitos relacionados à teoria da autodeterminação (ou seja, três componentes de motivação intrínseca, três componentes da motivação extrínseca e dois de desmotivação). Os resultados são convertidos em um valor unidimensional que varia de -18 a + 18, de acordo com o grau de autodeterminação. Valores mais altos são atribuídos à motivação de natureza mais intrínseca. Foram utilizadas traduções francesas das obras originais. Para testar as hipóteses do estudo, foi usada a regressão múltipla. Para análise dos dados, foram testadas as hipóteses utilizando a regressão múltipla e a análise de percurso, como forma de modelar as equações estruturais. Todos os testes estatísticos foram realizados utilizando o *Stata*, versão 12.1 (*StataCorp*). Foram vários testes de ajustes para verificar a adequação do modelo teórico. Estes incluíram um teste x^2, aproximação de erro de raiz quadrada, o índice de ajuste comparativo, padronização da média residual da raiz quadrada e o coeficiente de determinação. Foi usada uma variedade de índices como testes de ajuste para evitar viés de seleção, onde apenas valores estatisticamente significativos são relatados. Pré-testes consistiram de testes de

	Grubbs e o B*locked adaptive computationally efficient outlier nominators* (*BACON*). Não se identificou qualquer *outlier* nos dados. Foram realizados ainda testes de normalidade usando assimetria e análise de *Kurtosis.*
Resultados	Resultados dos testes indicaram que, de todas, apenas uma variável era anormal; A exceção foi "justiça processual" que obteve um valor de distorção de -1.19, e um valor de *Kurtosis* de 1,51 (valores absolutos abaixo de 1 são considerados normais). Dado o tamanho da amostra, a não normalidade moderada de uma única variável não era esperada para ter um efeito significativo sobre os resultados. Os resultados indicam que, embora os líderes transformacionais influenciem cada tipo de justiça organizacional, a motivação dos seguidores é afetada principalmente pela justiça interpessoal e processual, e pouco pela justiça distributiva. A análise dos dados da pesquisa realizada no setor da saúde do Quebec confirmou que os líderes transformacionais tiveram um efeito positivo na percepção de seus seguidores em relação à de justiça organizacional. Eles tinham um efeito sobre todos os três tipos de justiça com correlações relativamente elevadas, especialmente em relação ao processual e justiça interpessoal. Ambas as justiças processual e justiça interpessoal, por sua vez, influenciam a motivação trabalho dos seguidores, mediando assim a relação entre liderança transformacional e a motivação dos funcionários. Na justiça distributiva, por outro lado, tinha apenas um efeito indireto sobre a motivação. Na avaliação do modelo, realizada pelos autores, mostra uma forte relação entre liderança transformacional e todos os aspectos da justiça organizacional. Em segundo lugar, encontra-se uma forte covariância entre os diferentes tipos de justiça (variando entre 0,7 e 0,50), particularmente entre justiça processual e interacional. Finalmente, enquanto a justiça processual e interacional teve um impacto moderado sobre motivação autodeterminada, a justiça distributiva teve um efeito negativo muito pequeno na motivação. No entanto, o último relacionamento não é significativamente diferente de 0, e uma análise mais aprofundada é sugerida para que se amplie esta relação por completo para obter o modelo mais adequado, dadas as variáveis.
Conclusões	Neste estudo foram investigadas as consequências das reformas nos serviços de saúde, olhando para as motivações dos gestores e fatores atenuantes relacionados. Foi avaliada a influência que os líderes transformacionais têm na motivação dos seus colaboradores através de justiça organizacional. Foi descrito como o impacto positivo da liderança transformacional ocorre sobre a motivação que é totalmente mediada através de diferentes aspectos da justiça organizacional.
Instrumentos utilizados	*MLQ 5X-Short; Inventory of Work Motivation; Organizational Justice Scale.*

Quadro 22 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 26 Título	Adaptação e validação da Escala de Liderança Carismática Socializada
Autor(es)	CHAVAGLIA, Suzel R.; COLETA, Marília F; COLETA, José A.; MENDES, Isabel A.; TREVIZAN, Maria A.
Periódico	Acta Paul Enferm. 2013; 26(5): 444-54.
Ano/País	2013/Brasil
Objetivos	Traduzir a escala de liderança carismática da língua inglesa para a portuguesa e adaptá-la à cultura brasileira, através de aplicação junto aos profissionais da área de enfermagem hospitalar; avaliar as propriedades psicométricas da versão traduzida e adaptada; e apresentar as avaliações da Liderança Carismática, Instrumental e de Satisfação, Motivação e Eficácia por grupos.
Detalhamento Amostral	Participaram do estudo 211 profissionais de enfermagem que fossem subordinados ao enfermeiro gestor de um setor ou turno.
Detalhamento Metodológico	Para o alcance dos objetivos propostos, foi utilizado o instrumento de medida intitulado originalmente *Charismatic Leadership Socialized Scale*. Os 143 itens da escala foram construídos para medir a Liderança Carismática, Instrumental e a dimensão de Compromisso e Satisfação, Motivação e Eficácia da Equipe. O instrumento apresenta duas partes: a primeira, com 124 itens das várias dimensões da Liderança Carismática e Instrumental referente a comportamentos do gestor; a segunda, com 19 itens, destina-se à escala da dimensão de Compromisso e Satisfação, Motivação e Eficácia da Equipe. O construto da Liderança Carismática constitui-se de nove fatores: Autoconfiança e Determinação, Comunicação Inspiradora, Confiança nos Seguidores, Estímulo Intelectual, Expectativa de Desempenho, Integridade, Justiça, Modelagem do Papel e Visão. Já o construto da Liderança Instrumental conta com sete fatores: Compartilhar o Poder, Consideração, Esclarecimento do Papel, Orientação, Orientação ao Desempenho, Orientação da Equipe e Reconhecimento Contingente. O terceiro construto Compromisso e Satisfação, Motivação e Eficácia da Equipe consta de três fatores vinculados aos comportamentos dos funcionários. Cada construto trata-se de uma subescala. Os itens das subescalas são avaliados com alternativas de respostas em sete pontos: 1 = discorda intensamente; 2 = discorda moderadamente; 3 = discorda levemente; 4 = nem concorda e nem discorda; 5 = concorda levemente; 6 = concorda moderadamente; 7 = concorda intensamente. Os autores utilizaram tratamentos estatísticos para a aplicação do estudo, como o programa SPSS, onde foram verificados os componentes principais e as cargas fatoriais de cada item nas subescalas pelo Método dos Componentes Principais e teste de rotação Varimax, e a consistência interna das subescalas pelo cálculo do índice alfa de *Cronbach*. Também se compararam as médias dos grupos em cada escala pela análise de variância *one-way* (ANOVA), verificando-se a significância das diferenças pelo teste de *Tukey*.
Resultados	Para a Escala de Liderança Carismática, os participantes avaliaram a autoconfiança e determinação, modelagem papel e a integridade como características mais expressivas da liderança de seus enfermeiros-gestores, significando que esses comportamentos aparecem com maior frequência nos enfermeiros-líderes. A Liderança Instrumental associa os conceitos de Liderança Transacional e Liderança Transformacional. Nesse contexto, a liderança baseia sua ação na legitimidade e na autoridade, que são formalmente reconhecidas para o exercício do poder. A Escala de Liderança Instrumental apresentou subescalas com maior pontuação a "orientação da equipe" e o "esclarecimento do papel", indicando que seus enfermeiros-gestores apresentam esses comportamentos. Enquanto para a Escala de Compromisso e Satisfação, Motivação e Eficácia da Equipe, os autores apontam que a subescala de maior pontuação foi Compromisso e Satisfação, demonstrando que os participantes estão satisfeitos com os comportamentos de seus enfermeiros-líderes e se julgam comprometidos com a instituição. De acordo com os autores, a escala apresentou consistentes propriedades psicométricas convergentes a uma estrutura estável do fator e confiabilidade adequada muito próxima ao estudo

	original.
Conclusões	De acordo com os autores, a análise realizada para validação fatorial com o Método dos Componentes Principais seguidos da rotação Varimax da Escala de Liderança Carismática Socializada apresentou nove componentes para a Escala de Liderança Carismática, sete para Liderança Instrumental e três para a de Compromisso e Satisfação, Motivação e Eficácia da Equipe, os quais foram compatíveis com os dados encontrados por House. Os resultados reforçam as qualidades psicométricas da escala, indicando sua aplicabilidade para pesquisas no contexto hospitalar nacional. Porém quanto à liderança dos enfermeiros-gestores das Unidades A, B e C destacou-se, com maior número de itens da escala, o da unidade A, o que é destacado pelos autores sobre a necessidade de mais estudos para prover a área do comportamento organizacional de instrumento aplicável para diversos tipos de organizações.
Instrumentos utilizados	*Charismatic Leadership Socialized Scale (CLSS)*

Quadro 23 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 27 Título	Validação fatorial de escala de atitudes frente a estilos de liderança
Autor(es)	FONSECA, Ana.M.O.; PORTO,Juliana B.
Periódico	Avaliação Psicológica, 2013, 12(2), pp. 157-166
Ano/País	2013/Brasil
Objetivos	Validar uma escala para mensuração de atitudes frente à liderança transformacional e transacional (Escala de Atitudes frente a Estilos de Liderança)
Detalhamento Amostral	287 profissionais que atuam em órgãos públicos com função gerencial.
Detalhamento Metodológico	Estudo Transversal. Havia 324 profissionais de Brasília, sendo 76% homens, 61,1% com nível superior completo, 88,5% de órgãos públicos, 68,2% vinculados a organizações de cunho militar. A idade média foi de 33,36 anos (DP = 8,67), o tempo médio de serviço na atual organização era de 6,75 anos (DP = 8,94) e o tempo médio de exercício de função gerencial era de 2,26 anos (DP = 4,34). Após o tratamento dos casos omissos (*missings*) e de valores extremos (*outliers* uni e multivariados), 287 questionários foram considerados válidos. Julgou-se que a amostra foi adequada para a realização de uma análise fatorial exploratória, de acordo com as referências apresentadas no estudo. Os itens da nova escala foram extraídos de escalas internacionais validadas e passaram pelo processo de tradução-retrotradução. Na composição da escala do presente estudo, os autores utilizaram itens provenientes do *MLQ*, do *TLI* e do *LRPQ*. Quanto à liderança transformacional, foi utilizado todo o *TLI* (22 itens). Já para a liderança transacional, utilizaram-se duas subescalas do *MLQ* (negociação de trocas e liderança *laissez-faire*) e duas subescalas do *LRPQ* (recompensa contingente e punição contingente), totalizando 23 itens. Portanto, a escala final apresentou 45 itens. A escala *Transformational Leadership Inventory (TLI)* mede seis dimensões transformacionais: prover um modelo/ exemplo apropriado, articular uma visão, estimular intelectualmente, prover suporte individualizado, incentivar a aceitação de metas do grupo e esperar uma alta *performance*. Há evidências de que seja psicometricamente confiável, foi decidido, portanto, utilizar os 22 itens dessa escala para os comportamentos transformacionais no estudo. No entanto, essa escala mede apenas comportamentos de liderança transformacional, e não liderança transacional. *O Leadership Reward and Punishment Behavior Questionnaire (LRPQ)* mede comportamentos de recompensa e punição contingentes à *performance*, características centrais da liderança transacional. Possui boas referências psicométricas, mas ainda não cobre todas as características de liderança transacional, ficando de fora os aspectos ligados à negociação de trocas (ou contrato psicológico explícito e gerenciamento passivo, que são cobertos por subescalas do *MLQ*). Para os comportamentos transacionais, optou-se por mesclar subescalas do *MLQ* e do *LRPQ*. Para os comportamentos de negociação de troca, decidiu-se usar a subescala EPC/negociações de troca do MLQ (5 itens). Para os comportamentos de *feedback*, a subescala Recompensa Contingente da *LRPQ* (versão reduzida de 5 itens). Os comportamentos de punição contingente à *performance* foram cobertos pela subescala Punição Contingente da LRPQ (5 itens) e, por fim, para a liderança passiva foram usados os itens da subescala *Laissez-faire* do *MLQ* (8 itens). No total, 23 itens abordaram comportamentos transacionais. Foram realizadas adaptações nas instruções e na escala de respostas, considerando que aqueles são instrumentos para medir frequência da adoção de comportamentos e não atitudes.
Resultados	A análise fatorial indicou uma estrutura com dois fatores, teoricamente consistentes com a teoria prévia: Fator 1: Liderança Transformacional (24 itens); Fator 2: Liderança Transacional (8 itens).
Conclusões	Os autores apontam que este trabalho possa trazer uma contribuição para pesquisadores e profissionais da área de gestão de pessoas, pois apresenta um instrumento para mensurar um possível antecedente do comportamento gerencial: as atitudes. Uma sugestão é a de que um próximo estudo poderia incluir a escala

	proposta e mais alguma medida de comportamento gerencial, para verificar se as atitudes são pelo menos, até certo ponto, preditoras de comportamentos. Havendo confirmação dessa hipótese, poderá abrir um caminho para que as organizações prevejam o comportamento de líderes e futuros líderes por meio de suas atitudes perante estilos de liderança. De acordo com os autores, uma limitação do estudo consistiu no fato especificidade da amostra, caracterizada prioritariamente por homens (76%) empregados em órgãos públicos (88,5%) e a maioria vinculada às organizações de cunho militar (68,2%). Sugerida então, a replicação do estudo em outros contextos para confirmar a estrutura encontrada para a escala.
Instrumentos utilizados	*Leadership Reward and Punishment Behavior Questionnaire (LRPQ); Transformational Leadership Inventory (TLI); Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ-5X);* Escala de Atitudes frente a Estilos de Liderança

Quadro 24 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 28 **Título**	Estilos dimensões do comportamento de liderança de enfermeiros-líderes do cuidar em saúde
Autor(es)	CASTRO,Carolina B.; SANTOS,Iraci.
Periódico	REME – Rev. Min. Enferm.;12(4): 453-460, out./dez., 2008
Ano/País	2008/Brasil
Objetivos	Testar um instrumento baseado na Teoria *Grid* Gerencial em enfermeiros de um hospital público do Rio de Janeiro, no ano de 2007.
Detalhamento Amostral	A amostra intencional do teste-piloto foi constituída por 11 enfermeiros exercendo atividade de liderança como coordenadores, supervisores e gerentes de unidades no campo de investigação, um hospital federal, de alta complexidade e de médio porte, vinculado à rede pública de saúde, situado no Estado e no município do Rio de Janeiro.
Detalhamento Metodológico	Estudo descritivo quantitativo, transversal e prospectivo. De acordo com as autoras, sendo então um levantamento de informações (variáveis selecionadas para a pesquisa), considerado como um autorrelato estruturado, visto que se constitui da aplicação da técnica de observação indireta por meio da entrevista pessoal com os sujeitos de pesquisa. Foram selecionadas as variáveis: características sociodemográficas econômicas: sexo, faixa etária, tipo de união, constelação familiar, renda familiar; características de atributo profissional: tempo de graduação em enfermagem, tempo de exercício profissional, tempo de exercício da função de gerência, preparo para o exercício da liderança (teórico e prático), vínculos empregatícios, nível de pós-graduação e área do conhecimento. São variáveis relacionadas ao exercício da liderança as seguintes dimensões da conduta do líder em situações de trabalho: decisão, iniciativa, investigação, posicionamento, solução de conflitos e crítica. O Instrumento de Coleta de Dados (ICD) foi composto pelas variáveis de atributos pessoais e profissionais. Para alguns itens das variáveis de atributo individual e profissional, adotou-se uma faixa de intervalo para facilitar a apuração dos dados. Na distribuição das alternativas referentes à liderança, foi utilizada a Escala *Likert*, cuja pontuação varia de 1 a 5, a fim de graduar as respostas dos sujeitos, correlacionando-as às dimensões da conduta do líder teorizadas por *Blake* e *Mouto*n. Sempre que os sujeitos assinalam a pontuação 1 estão reconhecendo a Gerência com Autoridade como própria de seu estilo; a pontuação 2 caracteriza a Gerência de Clube Campestre; a pontuação 3 corresponde à Gerência Empobrecida; a pontuação 4, à Gerência do Homem Organizacional e a pontuação 5, à Gerência de Equipe. Todas as alternativas requerem justificativas para que se compare sua coerência com a alternativa assinalada.
Resultados	Em relação às características sócio-econômico-demográficas dos 11 sujeitos da pesquisa, 10 são do sexo feminino, confirmando ser esse sexo o predominante na profissão enfermagem. A faixa etária mais frequente (cinco sujeitos) varia dos 35 aos 39 anos, enquanto na de 50 aos 59 anos encontram-se quatro sujeitos. Apenas dois líderes situam-se na faixa etária dos 40 aos 44 anos, constatando-se, portanto, que essa amostra de gerentes de enfermagem compõe-se de adultos de idade média. A renda familiar de 11 a 16 salários é apontada por cinco sujeitos; de 5 a 10 salários, por três sujeitos; de 17 a 22 salários, por dois sujeitos; e mais de 23 salários, apenas por um sujeito. Com relação ao número de vínculos empregatícios, quatro líderes possuem um ou dois vínculos empregatícios, respectivamente, enquanto três possuem três vínculos. Quanto às características profissionais referentes ao tempo de graduação em enfermagem, observou-se a predominância de quatro gerentes situados na faixa de 11 a 15 anos, seguindo-se quatro na de 16 a 20 anos e três na de 26 a 30 anos. Quanto ao tempo de exercício profissional, constataram-se cinco no intervalo de 11 a 15 anos, três no intervalo de 16 a 20 anos, dois no intervalo de 26 a 30 anos e um no intervalo de 21 a 25 anos na variável tempo de exercício da função de gerência, cinco sujeitos possuem essa função de 6 a 10 anos; quatro de 11 a 15 anos; e dois menos de 1 ano. Dez pessoas afirmam ter recebido preparo para exercício da liderança, sendo que seis receberam preparo teórico e quatro

	receberam preparo teórico e prático. Apenas um sujeito não recebeu qualquer tipo de preparo. Considerando que entre os profissionais de saúde o enfermeiro é, possivelmente, um dos que, na sua graduação, o currículo privilegia disciplinas da área de administração, intui-se que ele se considera potencialmente preparado para funções de chefia e coordenação de equipes. Referente ao nível de pós-graduação, três sujeitos não o possuem, enquanto sete possuem especialização e apenas um cursa mestrado. São diversas as áreas de pós-graduação cursadas pelos sujeitos da pesquisa: Pediatria (1), Enfermagem do Trabalho (1), Enfermagem Médico-Cirúrgica (2), Transplante de Órgãos (1), Terapia Intensiva (2), Oncologia (1), Gestão Hospitalar (1), Obstetrícia (1). Entretanto, constatou-se que apenas um gerente é especialista em Gerenciamento de Recursos Humanos. Tal fato sugere que esses enfermeiros, por serem líderes de unidades hospitalares, valorizam mais a aquisição de competência e habilidades específicas correspondentes a essas áreas. Do total de 11 sujeitos, identificaram-se como gerentes de equipe (9.9) nas dimensões: investigação e decisão − sete sujeitos, respectivamente; posicionamento – seis; iniciativa – cinco; crítica – quatro; administração de conflitos – três. Os resultados gerais desta pesquisa demonstram que os enfermeiros ocupam cargos que exigem o desempenho do papel de liderança. Eles se autopercebem, se idealizam, se imaginam como gerentes de equipe, em primeira opção e, em segunda opção, como gerente organizacional, intuindo-se que essa percepção pode ser real se o gerente deseja atender às exigências da instituição onde atuam.
Conclusões	As autoras apontam que, de acordo como estilos de liderança adotados por enfermeiros em relação à autopercepção, conclui-se que predomina entre os gerentes de enfermagem (sujeitos do estudo); o estilo participativo, 9.9 (Gerência de Equipe), sendo seu estilo subdominante (o que surge nas situações de conflito) o 5.5 (Gerência do Homem Organizacional). Entretanto, o estilo rejeitado encontrado nesta investigação foi o 9.1 (Gerência com Autoridade) que, contraditoriamente, se opõe ao 1.1 (Gerência Empobrecida), orientada igualmente para pessoas e produtividade.
Instrumentos utilizados	*Grid* Gerencial

Quadro 25 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 30 Título	Liderança *Coaching*: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro-líder no contexto hospitalar
Autor(es)	CARDOSO, Maria .Laís A.P.; RAMOS,L.H.; D'INNOCENZO, Maria.
Periódico	Rev Esc Enferm USP 2011; 45(3):730-7
Ano/País	2011/ Brasil
Objetivos	Avaliar a liderança exercida pelas enfermeiras com o uso do *coaching* como ferramenta gerencial e caracterizar as enfermeiras que atuam como líderes *coaches* quanto ao sexo, à idade, à formação profissional, ao tempo de atuação na instituição, ao cargo ocupado e turno de trabalho; identificar, mensurar e analisar os conhecimentos, habilidades e atitudes das enfermeiras que atuam como *coaches* no exercício da liderança.
Detalhamento Amostral	A população constituiu-se de 111 enfermeiras habilitadas para participar do estudo pela realização do Programa de Treinamento de Desenvolvimento de Líderes, conforme as diretrizes da ferramenta *Coaching*.
Detalhamento Metodológico	Trata-se de um estudo descritivo, transversal, exploratório e de campo, com abordagem quantitativa e delineamento de pesquisa não experimental. O estudo foi realizado na Unidade I de uma rede hospitalar, de direito privado, de grande porte, localizada na cidade de São Paulo. Os dados foram coletados por meio do uso de um questionário, constituído de 32 questões estruturadas com perguntas fechadas e abertas, referentes aos pontos fundamentais do conhecimento, habilidades e atitudes das enfermeiras que atuam como líderes *coaches*, divididos em três partes: Parte I – Caracterização da população de estudo; Parte II – Dados relativos ao conhecimento das enfermeiras sobre liderança e *coaching* e Parte III – Dados relativos às habilidades e atitudes exercidas pelas enfermeiras na prática da Liderança *Coaching*, nessa última, buscou-se desvelar as atitudes das enfermeiras por meio de uma escala de *Likert* com seis campos de variação: nunca, raramente, nem sempre, quase sempre, sempre e não se aplica, representando a concordância e a discordância nas afirmativas, referentes aos pontos fundamentais da Liderança *Coaching*. A escala intervalar visa a medir julgamentos, opiniões, percepções e atitudes das pessoas em relação a um determinado fenômeno. Portanto, as respostas são quantitativas, e a escala foi construída com proposições mensuradas de forma gradual, variando de intensidade – alta/ baixa ou de direção positiva/negativa. A operacionalização da coleta de dados ocorreu entre 27 de agosto e 25 de setembro de 2005, em cinco etapas. Os dados que caracterizaram a população e os encontrados nas questões estruturadas foram tratados com a base em seu agrupamento e submetidos a testes estatísticos apropriados, sob a orientação de um profissional da área. Na análise descritiva, as variáveis qualitativas foram resumidas em frequências simples e relativas (valores percentuais) e as variáveis quantitativas foram expressas em médias, medianas, desvios-padrão, primeiro e terceiro quartis, valores mínimos e máximos. A confiabilidade da escala formada a partir dos itens do questionário foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach. Para confirmar a adequação dos agrupamentos dos itens em subescalas, foi realizada uma análise fatorial com o método de componentes principais, e o programa estatístico para efetuar os cálculos foi o *SPSS* for Windows, versão 11.0. Para analisar as cinco questões abertas do questionário da pesquisa, utilizou-se o processo de análise de conteúdo. Caracteriza-se pela sua capacidade de obter a análise dos significados. O material obtido das respondentes foi analisado e desenvolveu-se em torno de três etapas cronológicas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados com a inferência e a interpretação de significados.
Resultados	Os resultados obtidos foram expostos de maneira descritiva e analítica, relacionados com as ações de liderança exercidas pelas enfermeiras que atuam como líderes *coaches* na instituição hospitalar em estudo, sendo consideradas as categorias: Características das Enfermeiras que atuam como Líderes *Coaches*; Conhecimentos das Enfermeiras Líderes *Coaches;* Habilidades e Atitudes das Enfermeiras no Exercício da Liderança.

Conclusões	Os resultados evidenciaram que houve incorporação de novos conhecimentos, confirmaram o modelo de Liderança Situacional ao reconhecer ser líder *coach*, tendo o estilo predominantemente orientado às tarefas e às pessoas, segundo a situação envolvida, e ainda, indicaram como habilidades preponderantes do *coach*: a comunicação, dar e receber *feedback*, dar e ganhar poder e exercer influência, sendo que essas atitudes refletiram o exercício da liderança *coaching*.
Instrumentos utilizados	*Coaching*

Quadro 26 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 32 **Título**	*A multisource feedback tool to assess ward round leadership skills of senior paediatric trainees: (1) Development of tool*
Autor(es)	LAKSHMINARAYANA, Indumathy; WALL, David.; BINDAL,Taruna; GOODYEAR,Helen M.
Periódico	*Postgrad Med*. J. 2015; 91:262–267
Ano/País	2015/Inglaterra
Objetivos	O objetivo deste estudo foi investigar os atributos-chaves para liderar durante a visita em ala de internação e usá-los para o desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação de habilidades em liderança o *multisource feedback tool (MSF).*
Detalhamento Amostral	Foram convidados a participar deste estudo 380 participantes entre eles 19 consultores, 30 enfermeiras sêniores e 331 *trainees* em pediatria dos 17 hospitais do oeste de Midlands com departamentos de pediatria. Destes, apenas 81 responderam ao questionário, tratando-se aí da amostra final, sendo 13 consultores pediátricos, 11 enfermeiros pediátricos e 57 *trainees* em pediatria.
Detalhamento Metodológico	Estudo transversal, prospectivo e descritivo. Inicialmente, um painel de especialistas composto por quatro consultores pediátricos sêniores e dois gerentes de enfermagem foram entrevistados de maio a agosto de 2009. A partir da análise das transcrições da entrevista, surgiram 10 temas-chave. Foi construído um questionário estruturado, com base nos temas-chave, e a seguir foi enviado eletronicamente para consultores, enfermeiros e estagiários de um hospital de uma grande universidade (junho-outubro de 2010). As entrevistas foram transcritas na íntegra em documentos do *Word*. A análise temática identificando temas e padrões emergentes do texto foi usada para pensar e gerar ideias. Partes do texto foram marcadas usando faixas coloridas com base em conceitos emergentes, a partir dos dados. Este método cerca-se de organização, recuperação e interpretação de dados (e não apenas a simplificação dos dados), para explorar o que os entrevistados disseram e identificar e conceituar novas teorias e painéis de trabalho. Partes de texto dos seis entrevistados foram então organizadas e listadas em 13 temas-chaves, e estes foram posteriormente reorganizados em 10 temas positivos e três temas negativos, sobre as características e atributos de liderança da visita clínica. Os três temas negativos eram, de fato, o inverso de alguns dos 10 temas positivos, portanto já estavam cobertos por estes. Ficando o questionário com 10 temas-chaves. Desse modo, um questionário de duas páginas foi estabelecido para incluir três perguntas para cada um dos 10 temas-chave (para garantir uma boa cobertura), derivados do texto das citações textuais em cada uma das posições. Havia perguntas marcadas em caixas sobre o grau de participação na visita clínica, sexo, experiência, tempo de trabalho parcial ou integral, e o local de formação médica de base. Perguntas sobre habilidades para uma boa visita e habilidades para uma visita ruim foram realizadas em texto livre, e havia um quadro para comentários no final. O questionário foi criado usando como cenário o Hospital Universitário onde um dos autores (IL) estava trabalhando no momento. O questionário foi enviado eletronicamente utilizando *Survey Monkey* para 19 consultores, 30 enfermeiros sêniores e todos os 331 estagiários especialmente na área de West Midland (em 17 hospitais diferentes). Este trabalho foi realizado entre junho e outubro de 2010.
Resultados	Os 81 consultores, enfermeiros e estagiários, responderam à pesquisa. A consistência interna desta ferramenta *(MSF)* foi considerada alta (alfa de Cronbach 0,95). Análise fatorial mostrou que cinco fatores foram responsáveis por 72% da variância. As cinco áreas-chaves para a liderança nas visitas de alas foram: habilidades de comunicação, preparação e organização, ensino e entusiasmo, trabalho em equipe e pontualidade; a comunicação era o tema-chave importante. O *MSF* para habilidades de liderança durante visita de ala de internação pediátrica foi desenvolvido com cinco domínios.

Conclusões	Os autores acreditam que esta ferramenta irá adicionar às atuais ferramentas de avaliação disponíveis, fornecimento de *feedback* sobre as habilidades de liderança durante as visitas de alas de internação.
Instrumentos utilizados	*MSF-Multisource feedback tool*

Quadro 27 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria da liderança, a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 8 Título	*Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents*
Autor(es)	GARBER, Jeannies; MADIGAN, Elizabeth A.; CLICK, Elizabeth R.; FITZPATRICK, Joyce J.
Periódico	Journal of Interprofessional Care, July 2009; 23(4): 331–340
Ano/País	2009/Estados Unidos
Objetivos	O objetivo deste estudo foi investigar as atitudes de enfermeiros, médicos e residentes em relação à colaboração entre os membros da equipe e a liderança servidora no contexto de uma organização de saúde que passava por uma transição de um modelo tradicional de prestação de cuidados de paciente para um modelo de prática centrado no paciente.
Detalhamento Amostral	A amostra foi composta por 419 enfermeiros, 61 médicos e 17 residentes.
Detalhamento Metodológico	Estudo descritivo e comparativo. Para as intervenções, foram usados vários instrumentos de medida. Foram exploradas atitudes em relação tanto à colaboração quanto à liderança servidora. Essas diferenças foram descritas entre enfermeiros, médicos e residentes. Foi utilizada a Escala de Atitudes de Jefferson para medir a colaboração, na qual quatro subescalas avaliam a colaboração: "educação compartilhada", "cuidar em vez de curar", "autonomia do enfermeiro" e "autoridade do médico". As respostas dos 15 itens da escala *Likert* para este tópico variaram entre "concordo" e "discordo". Pontuando escores de 15-60 indicados como mais altos apontam como atitudes mais positivas em relação à colaboração. O Questionário de Liderança Servidora (SLQ), criado por Barbuto & Wheeler, foi utilizado para avaliar as percepções individuais sobre as características da liderança servidora. O instrumento resulta em cinco subescalas conceitualmente e empiricamente distintas: "vocação altruísta"; "cura emocional"; "sabedoria"; "mapeamento persuasivo"; e "gestão organizacional". Os 23 itens da escala do tipo *Likert* medem a presença de características de liderança servidora, onde escores mais elevados indicam a presença de mais características desse tipo de liderança. Quatro itens de avaliação adicionais foram desenvolvidos pelo pesquisador e adicionados ao estudo para fornecer informações sobre como os próprios participantes, e os outros percebem a relação entre o conceito de colaboração e liderança servidora nesta organização. Os itens adicionais foram: 1) Eu me considero um modelo em colaboração entre enfermeiros e médicos; 2) Os enfermeiros e médicos desta organização são modelos em colaboração; 3) Eu me considero um líder-servidor e 4) A liderança desta organização pratica a liderança servidora. O mesmo sistema de pontuação por meio da escala de *Likert* foi utilizado para esses itens adicionais. Porém, estes itens não foram incluídos na análise estatística para os outros instrumentos, por conseguinte, não teve impacto de validade ou confiabilidade. A análise se deu por meio de tratamento estatístico
Resultados	Estatísticas descritivas foram usadas para responder à primeira pergunta da pesquisa sobre as atitudes de enfermeiras, médicos e residentes em relação à colaboração, usando os escores totais da escala de Jefferson e as categorias das subescalas. O escore total para as enfermeiras foi uma pontuação de 52,31(sd= 4,8) e o grupo de médicos e residentes apresentou pontuação de 50,88 (sd=4,51), apontando uma atitude mais positiva em relação à colaboração para o grupo de enfermeiras. O percentual de concordância para cada item na Escala Jefferson variou entre 86% e 98% para as enfermeiras e entre 81% e 100% para o grupo de médicos e residentes. A segunda questão de pesquisa considerando as atitudes de enfermeiras, médicos e residentes em relação à liderança servidora foi focada no total e escores da subescala no Questionário de Liderança Servidora de Barbuto-Wheeler. As enfermeiras apresentaram pontuação total de 73,57 (sd=10,06) e no grupo de médicos e residentes, a média do escore total foi de 67,65 (sd= 11,39), indicando para o grupo de enfermeiras uma atitude mais positiva em relação à liderança servidora. O grupo de enfermeiras foi o que se destacou significativamente em três das quatro subescalas, onde a exceção foi a "autoridade do médico". A

	terceira pergunta de pesquisa, sobre diferenças de atitudes de enfermeiras, médicos e residentes em relação à colaboração, indicou diferenças estatisticamente significativas na pontuação total e em todas as subescalas. Para determinar qual o efeito, se tivesse havido, sobre as respostas de residentes nos resultados, os escores para os residentes e médicos entrevistados foram fundidos e depois analisados pela remoção dos residentes da amostra. Um teste T bilateral foi usado nos cálculos para ambos os cenários com diferenças mínimas de média, desvio-padrão e significância encontrada nos grupos dos médicos, quando excluídas respostas dos residentes. A questão quatro da pesquisa, sobre as diferenças de atitudes de enfermeiras, médicos e residentes em relação à liderança servidora, revelou diferenças estatisticamente significativas nos escores totais e em todas as subescalas entre enfermeiros, médicos e residentes. Onde os escores dos enfermeiros foram significativamente mais altos em ambos (tanto nos escores totais quanto nos escores da subescala). Da mesma forma que na questão anterior, para saber se houve interferência das respostas dos residentes nos resultados, realizou-se o mesmo procedimento. Realizando o teste bilateral para ambos os cenários, descobriram que o grupo dos médicos apresentou diferenças mínimas de média, desvio-padrão e significância, quando excluíam os residentes respondentes. A pontuação total de colaboração e todas as subescalas mantiveram-se estatisticamente significantes ($p< 0,05$). A questão de pesquisa cinco foi focada em determinar se existe uma relação entre colaboração e liderança servidora dentro de cada grupo. A correlação de Pearson para o grupo de enfermeiros mostrou uma correlação positiva entre a colaboração e a liderança servidora ($r=. 13$, $p=. 007$). O grupo de médicos e residentes não mostrou correlação significativa ($r=. 15$ $p=. 19$) entre as variáveis. A magnitude das relações foi aproximadamente a mesma em cada grupo, e possivelmente diferenças de significância estatística se devem aos tamanhos de amostra diferentes. Observando que itens adicionais foram incluídos nos instrumentos de coleta de dados para avaliar as percepções individuais quanto à autoconsciência, ao desempenho organizacional de colaboração e à liderança servidora. Os escores para enfermeiros, médicos e residentes, relacionados com a autopercepção quanto a serem modelos para colaboração (M= 3,39; 3,22 e 3,24, respectivamente) e escores relativos ao fato de outros enfermeiros e médicos na organização serem percebidos como modelos para colaboração, são relatados (M= 2,53; 2,70, e 2,71, respectivamente). Considerando a autopercepção de médicos e enfermeiros para liderança servidora e se eles se consideram como um líder-servidor (M= 3,32 e 2,92), Também foi relatado se a liderança organizacional pratica liderança servidora (M=2,83 e 2,45, respectivamente) de acordo com essa percepção.
Conclusões	Mesmo que as diferenças nas atitudes de colaboração e liderança servidora sejam relatadas como estatisticamente significantes neste estudo, de acordo com os autores, é reconfortante notar que as pontuações médias para ambos os enfermeiros e médicos foram altas (52,31 e 50,88, respectivamente), numa escala potencial de 60 pontos. Para a liderança servidora, as pontuações médias foram semelhantes em ambos os grupos (73,57 e 67,65, respectivamente), em uma escala de 96 pontos. Segundo os autores, este estudo tem implicações diretas para a prática e educação dentro do sistema de saúde, assim como para a prática em todas as profissões de saúde. A prática de colaboração e liderança servidora proporciona um impacto em todas as relações de cuidadores, bem como as relações médico-paciente. A compreensão da comunicação e relações dentro da matriz dos profissionais de saúde, além de enfermeiros e médicos usando a investigação centrada na liderança servidora, tem sido explorada, mas ainda minimamente. Assim, enfermeiros, médicos e residentes devem se comunicar, a fim de cuidar de pacientes. Como enfermeiros e médicos devem perceber e valorizar que a colaboração é significativa para os resultados dos pacientes e satisfação do local de trabalho. Recomenda-se a replicação do estudo para se obter uma amostra representativa maior. Existe especificamente a oportunidade de investigar ainda mais a perspectiva do médico residente. O médico-in-training está em uma posição única de provedor e pode ter percepções que diferem das do médico praticante. A fim de moldar currículos escolares de médicos e de enfermagem, e para preparar os

	enfermeiros e médicos do futuro para o ambiente de trabalho interprofissional colaborativo, é necessária mais investigação. Uma oportunidade para futuras pesquisas sobre a colaboração é a realização da investigação de intervenção de modo que os estudos possam validar ações e comportamentos que influenciam a colaboração, assim como estudos de investigação interprofissionais, que vão além de enfermeiros e médicos, são necessários para abordar ligações entre o trabalho em equipe e liderança. Estudos futuros também poderiam incluir o paciente como um parceiro de colaboração em examinar a colaboração profissional de saúde
Instrumentos utilizados	*Barbuto-Wheeler Servant Leadership Questionnaire (SLQ); Jefferson Scale of Attitudes*

Quadro 28 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e impacto na equipe, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 18 **Título**	*The impact of servant leadership dimensions on leader–member exchange among health care professionals*
Autor(es)	HANSE, Jan J.; HARLIN, ULRIKA.; JAREBRANT, Caroline; ULIN, Kerstin; WINKEL,Jorgen.
Periódico	*Journal of Nursing Management*.24, 228–234.
Ano/País	2016/Suécia
Objetivos	Investigar o impacto das dimensões da liderança servidora usando o *Leader-member exchange (LMX*) entre profissionais de saúde na Suécia.
Detalhamento Amostral	A amostra do estudo incluiu 240 profissionais da saúde, dentre eles, enfermeiros, secretários, médicos e outros não especificados.
Detalhamento Metodológico	Estudo transversal com base em questionário foi realizado em quatro unidades hospitalares na Suécia. A participação foi voluntária, e os indivíduos responderam ao questionário anonimamente. Os dados foram coletados entre 2011 e 2013. Foram utilizados instrumentos de medidas (dados demográficos, o *Servant Leadership Survey* e o *Leader-member exchange-LMX*) para a coleta de dados e análises estatísticas. A *Servant Leadership* (liderança servidora) foi medida pelo instrumento *SLQ*, para este existem cinco dimensões primárias de comportamento de líder-servidor. No presente estudo, estas cinco dimensões primárias foram usadas: “empoderamento” (sete itens, α = 0,88), “responsabilidade” (três itens, α = 0,74), “previsão” (ou servidão) (três itens, α = 0,64), “humildade” (cinco itens, α = 0,92), “Manejo” (três itens, α = 0,71). Cada item foi avaliado usando uma escala tipo Likert de seis pontos onde altas pontuações representam os empregados que percebem o comportamento de liderança servidora alta em seus líderes (1 = discordo totalmente a 6 = concordo fortemente). O *Leader-member Exchange (LMX*) foi usado para medir a qualidade da relação supervisor-empregado (seguidor) de acordo com o conceito do *(LMX).* No presente estudo, a pontuação do *LMX* foi medida com quatro itens da escala do *LMX*: "afeto", "lealdade", "contribuição" e "respeito profissional"'. Estes quatro itens representam quatro subdimensões para medir a percepção da qualidade do relacionamento dos superiores e dos empregados. No presente estudo, foi utilizada uma versão resumida do *LMX* com um item para cada dimensão. Cada item foi avaliado usando uma escala de sete pontos do tipo *Likert*, onde pontuações mais altas representam os intercâmbios de maior qualidade, ou seja, *LMX* de alta qualidade (1 = discordo fortemente a 7 = concordo fortemente). No presente estudo, a confiabilidade alfa de Cronbach para a escala *Global LMX* foi de 0,87. Os resultados são relatórios de parte de um "Estudo Multicêntrico Nórdico" em relação ao desempenho e bem-estar em processos de racionalização, em hospitais na Suécia.
Resultados	Correlações bivariadas significativas foram encontradas entre todas as dimensões de liderança servidora e *LMX*. As correlações mais fortes foram encontradas entre “humildade” e *LMX* (r = 0,69, P <0,001), e "empoderamento" e *LMX* (R = 0,67, P <0,001). As análises de regressão hierarquizada indicaram que “empoderamento”, “humildade” e “mordomia” explicaram cerca de 55% da variação na escala *LMX*.
Conclusões	As dimensões de liderança servidora foram fortemente relacionadas com o *LMX.*
Instrumentos utilizados	*Servant Leadership Questionnaire(SLQ); Leader-member Exchange (LMX)*

Quadro 29 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e impacto na equipe, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 19 Título	*In need of each other: the moderator of task interdependence between LMX variability and justice*
Autor(es)	HAN, Helen G.; BAI, Yuntao
Periódico	*Journal of Nursing Management*. 2014; (22), 743–750.
Ano/País	2014/Estados Unidos
Objetivos	Este estudo explorou como diferentes tratamentos aplicados a enfermeiros/subordinados por líderes de equipe de cuidados de saúde poderiam afetar a percepção de justiça organizacional e ainda se a interdependência da equipe poderia fortalecer o relacionamento com enfermeiros.
Detalhamento Amostral	A amostra da pesquisa consistiu de 187 enfermeiros em oito diferentes unidades de um hospital nos EUA.
Detalhamento Metodológico	Estudo transversal. Os dados foram coletados em setembro de 2008 de um hospital no estado do centro-oeste dos EUA. Este hospital, prestador de serviços de saúde sem fins lucrativos, oferece uma gama de serviços, tais como enfermagem qualificada e uma vida independente. A amostra da pesquisa consistiu de 196 enfermeiros de oito diferentes unidades do hospital. Depois de excluir os questionários incompletos, foi adquirida uma amostra final de 187 enfermeiros que abrangeu 95,4% da amostra total, com uma média de 23,4 enfermeiros dentro de cada departamento. Como escala de medida foi usado o *LMX.* A *Modelagem linear hierárquica (HLM)* foi utilizada para analisar a interação de nível transversal da variabilidade do *Leader-member Exchange (LMX),* e da tarefa interdependência sobre as percepções no nível individual de justiça. As medidas usadas no estudo foram **"**Variáveis demográficas relacionadas aos funcionários", esta parte incluiu itens sobre sexo, idade (escala de resposta de 6 pontos; menos de 20 anos, 20-29 anos, 30-39 anos, 40 a 49 anos, 50-59 anos, 60 anos ou mais velhos), anos de trabalho na unidade hospitalar (escala de 4 pontos resposta; menos de 3 meses, 3-12 meses, 1-3 anos, mais de 3 anos) e título do trabalho/profissão (escala de resposta de 5 pontos; enfermeira matriculada, enfermeira registrada, médico, secretário, outra posição). O *LMX* concentra-se na relação entre o líder e subordinados individualmente. O *LMX* avalia sobre a qualidade da relação entre um trabalhador e seu líder (supervisor). Um suporte empírico pode ser encontrado por um *LMX*-modelo quadridimensional que inclui: "lealdade", "afeto", "contribuição" e "respeito profissional". O *LMX* de alta qualidade pode ser exemplificado por altos níveis de confiança mútua, boa comunicação, respeito e influência recíproca.
Resultados	A variabilidade do instrumento *LMX* está significativamente relacionada com a justiça distributiva e justiça interpessoal, mas não significativamente relacionado com a justiça processual. O termo de interação foi significativamente relacionado com justiça interpessoal, mas não a justiça processual ou justiça distributiva.
Conclusões	Este estudo mostrou que, se houver um maior grau de diferença de tratamento entre diferentes subordinados por parte de líderes, os funcionários percebem isso como injusto (distribuição e de interação); quando o grupo se apresentou altamente em tarefa interdependente, este tipo de percepção de "injustiça", particularmente em relação ao tratamento interpessoal, se torna ainda mais notável.
Instrumentos utilizados	*Leader-member Exchange (LMX)*

Quadro 30 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e impacto na equipe, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 21 **Título**	*Authentic leadership and nurse-assessed adverse patient outcomes*
Autor(es)	WONG, Carol A.; GIALLONARDO, Lisa M.
Periódico	*Journal of Nursing Management.* 2013; (21), 740–752
Ano/País	2013/Canadá
Objetivos	Testar um modelo que examina as relações entre liderança autêntica, a confiança dos enfermeiros em seu gerente, as áreas de trabalho dos enfermeiros e a percepção dos enfermeiros sobre a incidência de resultados adversos em pacientes.
Detalhamento Amostral	A amostra final de 280 enfermeiros de Ontário
Detalhamento Metodológico	Este estudo foi uma análise secundária dos dados recolhidos de um estudo transversal em uma amostra aleatória de enfermeiros que trabalham em hospitais de cuidados agudos, em Ontário. A amostra de 600 enfermeiros foi elaborada a partir da lista de enfermeiros práticos em Ontário. Os critérios de inclusão foram os enfermeiros que trabalham em tempo integral e em tempo parcial nos hospitais, qua prestam cuidados diretos de enfermagem. Foram excluídos os enfermeiros que trabalham em cargos de gerência ou educador. A amostra final de 280 inquéritos concluídos e utilizáveis foi obtida por uma taxa de resposta de 48%. A aprovação ética para o estudo original foi recebida pela Universidade de Western Ontario, e Conselho de Ética em Ciências da Saúde, *Ética Review Board,* para a investigação em julho de 2008. Os enfermeiros foram contatados em quatro ocasiões de acordo com o método de Dillman: 1º) foi enviada uma carta para os enfermeiros comunicando-os que receberiam o questionário em breve; 2º) Três dias depois, o questionário impresso foi enviado pelo correio com um envelope de retorno autoendereçado e selado. Um pequeno cartão de presente para a compra de café foi incluído em cada questionário; 3º) Um lembrete foi enviado duas semanas após o pacote de pesquisa e 4º) um questionário de substituição com uma carta de advertência foi enviada para os não respondentes, quatro semanas mais tarde. O *Authentic Leadership Questionnaire (*ALQ*),* o questionário de liderança autêntica é composto por 16 itens que medem quatro dimensões do comportamento de liderança autêntica: autoconsciência (4 itens), processamento de perspectiva ético-moral (4 itens), equilíbrio (3 itens) e transparência (5 itens). Os participantes registraram em cinco pontos da escala *Likert* de 0 = nenhuma para 4 = frequentemente, se não sempre. Itens foram somados e em média para criar um escore total para a liderança autêntica. A *Trust in manager* (Confiança no Gerente imediato) foi medida usando uma escala de confiança de gestão, com 10 itens que medem a disponibilidade de um indivíduo ser vulnerável ao seu gerente imediato ou supervisor. Todos os itens de confiança são avaliados em uma escala de *Likert* de 5 pontos, variando de 1 =discordo totalmente a 5 =concordo fortemente. Três itens são de marcação reversa e uma pontuação final na confiança é alcançada por uma média de todos os itens. Análise fatorial foi realizada para testar a escala global, e alfas de Cronbach foram testados com variação de 0,76 a 0,82. O *Areas of Worklife Scale (AWS)* mede a compatibilidade pessoa-trabalho ou congruência em seis áreas de *worklife*: 1) carga de trabalho, 2) controle, 3) recompensa, 4) comunidade, 5) valores e 6) equidade. Esta medida consiste de 29 itens medidos em uma escala de *Likert* de 5 pontos com as classificações de 1=discordo totalmente a 5=concordo fortemente. A correspondência pessoa–trabalho é refletida em uma pontuação > 3.0, e uma pontuação baixa (< 3.0) identifica uma incompatibilidade. Neste estudo, uma pontuação total foi criada para representar o grau geral de compatibilidade entre a pessoa e o trabalho em seis áreas vivenciadas no trabalho, somando-se as médias das seis subescalas do *AWS* (possível marcar o intervalo de 6 a 30). Registaram-se valores de alfa de Cronbach aceitáveis para a *AWS,* variando de 0,70 a 0,82. O *Nurse-assessed adverse patient outcomes* (opiniões dos enfermeiros sobre os resultados adversos nos pacientes) foi medido utilizando um instrumento derivado dos indicadores de qualidade de enfermagem da Associação Americana de Enfermagem (*ANA*). Esta escala compreende quatro itens que avaliam as percepções dos enfermeiros sobre a incidência de resultados adversos em pacientes comuns durante o ano. Enfermeiras pontuaram a frequência da ocorrência

	de erros de medicação, infecção nosocomial, queixa de quedas dos pacientes e/ou familiares, bem como pacientes com lesões, avaliados em uma escala de 1 (nunca) a 4 (frequentemente). Um resultado global foi calculado por uma média de todos os quatro itens. Esta escala tem sido amplamente utilizada em grandes estudos nacionais de enfermagem. De acordo com os autores em um estudo com enfermeiras canadenses de um hospital-base, um coeficiente alfa de *Cronbach* de 0.75 foi considerado dentro dos limites satisfatórios.
Resultados	Dados demográficos: em média, os enfermeiros tinham 43,4 anos, com 18,9 anos de experiência em enfermagem e 8,6 anos de atuação em suas respectivas unidades de trabalho. Eles trabalhavam em tempo integral, principalmente (65,6%) em áreas de cuidados médicos / cirúrgicos ou críticas, 37,3% e 22,1%, respectivamente. A maioria tinha diploma com formação em escola de enfermagem ligada a um hospital (69,5%) e trabalhava em hospitais de ensino (54%). Quando comparado com a amostra provincial dos enfermeiros de Ontário em 2008, quando os dados foram coletados (*College of Nurses de Ontário*, 2008), as características demográficas foram semelhantes. A média de idade (média de 43,4 anos, SD 9,72) para os enfermeiros nesta amostra era um pouco mais jovem do que a amostra provincial (média de 46,1 anos em 2008, com média de 46,7 em 2011). A proporção de enfermeiros em tempo integral de trabalho foi de cerca de 3% maior do que as estatísticas *encontrada*s em 2008, e quase 2% menor do que 2011. Os resultados foram 62,9% em 2008; 67,9% em 2011. As médias e desvios-padrão: Os enfermeiros relataram um grau moderado de liderança autêntica em seus gestores (2,35 ± 0,98). Das subescalas do *ALQ,* a perspectiva moral internalizada foi classificada mais alta (2,51±1,03) e autoconsciência avaliada como menor (2,06 ±1,16). Confiança no gerente foi classificada como moderada (M = 3,26, DP = 0,63). Enfermeiros avaliaram a compatibilidade pessoa-trabalho na comunidade, recompensas, valores e controle, respectivamente (3,63 ±0,74; 3,42±0,86; 3,41 ±0,70; 3,25 ± 0,82). A incompatibilidade da pessoa no trabalho foi relatada na carga de trabalho e equidade, respectivamente (2,74 ±0,77; 2,86 ± 0,69). Semelhantes descobertas nas áreas de vivência do trabalho, em enfermeiros de cuidados agudos, têm sido relatadas em outros estudos. Em relação aos itens de segurança dos pacientes, os mais frequentes foram infecções nosocomiais (2,24 ± 0,86) e quedas de pacientes foram as menos frequentes (1,78 ± 0,84). Os resultados das enfermeiras avaliadas em relação aos resultados da média global dos pacientes foram semelhantes aos encontrados em estudos anteriores. Ambos os estudos utilizaram a mesma medida agregada a resultados adversos de pacientes em cuidados agudos em amostras de enfermeiros em Ontário. Para os autores, os resultados deste estudo apoiaram todas as relações hipotéticas apresentadas no modelo. Demonstraram a associação entre a liderança autêntica e áreas de vida no trabalho, sendo este o primeiro estudo que liga a liderança autêntica e as áreas de vida no trabalho com os resultados de pacientes. Assim, a liderança autêntica está significativamente associada à diminuição dos resultados adversos de pacientes através da confiança no gestor e áreas da vida de trabalho.
Conclusões	Os resultados sugerem que os enfermeiros veem, em seus gestores, elevados níveis de liderança autêntica, maior confiança, maior congruência nas áreas de vida no trabalho e frequências mais baixas de resultados adversos em pacientes.
Instrumentos utilizados	*Authentic Leadership Questionnaire (ALQ); Trust in Management Scale; Areas of Worklife Scale (AWS)-Nurse-assessed adverse patient outcomes*

Quadro 31 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e impacto na equipe, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 23 Título	*Authentic leadership and nurses' voice behaviour and perceptions of care quality*
Autor(es)	WONG, Carol A.; LASCHINGER, Heather; CUMMINGS, Greta G.
Periódico	*Journal of Nursing Management.* 2010, 18, 889–900
Ano/País	2010/Canadá
Objetivos	Testar um modelo teórico associando liderança autêntica com a confiança da equipe de enfermagem nos seus gerentes, engajamento de trabalho, atitudes e percepção da qualidade nos cuidados da unidade.
Detalhamento Amostral	Amostra aleatória de 280 enfermeiros que trabalham em hospitais de cuidados agudos em Ontário.
Detalhamento Metodológico	Projeto de pesquisa preditivo não experimental foi utilizado para testar o modelo hipotético, escalas de mensuração e métodos estatísticos para análises. Foi usado o método *Dillman* modificado, usando duas expedições de correspondências. Inicialmente os enfermeiros receberam um questionário que incluiu uma carta com informações sobre o estudo, e um envelope selado, endereçado ao pesquisador para enviarem o questionário preenchido. Um voucher de $ 2,00 para um café local bem conhecido foi incluído em cada pesquisa como um sinal de agradecimento. Duas semanas após o envio do levantamento inicial, foi enviada uma carta de aviso. Três semanas após as cartas de aviso, foram enviados uma carta de acompanhamento e um questionário de substituição com um envelope de retorno para os não respondentes. Todos os dados coletados eram acessíveis apenas pelo pesquisador para garantir confidencialidade aos participantes. Questionários individuais foram codificados em números ordenados, que eram identificáveis apenas pelos investigadores. A codificação facilitou o acompanhamento de enfermeiros que não retornaram seus questionários. O *Authentic Leadership Questionnaire(ALQ)* é um questionário de liderança autêntica e é composto por 16 itens que medem quatro dimensões do comportamento de liderança autêntica: autoconsciência (4 itens), processamento de perspectiva ético-moral (4 itens), equilíbrio (3 itens) e transparência (5 itens). Os participantes registram em cinco pontos da escala *Likert* de (0 = nenhuma para 4 = frequentemente, se não sempre). Itens foram somados, e a média criou um escore total para a liderança autêntica. A *Personal and social identification* (identificação pessoal e social) a identificação pessoal com o líder foi medida utilizando uma escala que mede a identificação social com a unidade de trabalho. Análise fatorial confirmatória apoiou a validade dos construtos destas medidas. A *Trust in Management Scale* (Confiança no gerente) é uma escala que mede a disposição individual de confiança em relação ao seu gerente imediato ou supervisor. Alfa de Cronbach para a escala foi de 0,76 - 0,82, e análise fatorial confirmou a validade da escala global. Para medir o *Work engagement* (engajamento no trabalho), foi utilizada a versão resumida da *Utrecht Work Engagement Scale (UWES)*, este instrumento é composto por três componentes referentes ao engajamento no trabalho: 1) vigor; 2) dedicação e 3) absorção. Análises fatoriais confirmatórias apoiaram a estrutura tridimensional do instrumento. Cada subescala produziu uma pontuação total da escala entre 0 e 6, com maior pontuação representando maior engajamento no trabalho. A consistência interna do UWES foi 0,89-0,97. Para medir as atitudes ou *Voice behaviour* utilizaram-se *Voice subscale of the Helping* e *Voice Behaviours Scale*, os quais foram reportados para "*voice*" os avaliados, e por "auto" colegas e supervisores. O construto teve variação de 0,82 a 0,96 para predição discriminante e validade convergente. *Perceptions of unit care quality* (Percepções da qualidade dos cuidados de unidade) um item do *International Survey of Hospital Staffing and Organization of Patient Outcomes* foram utilizadas para medir as percepções dos enfermeiros em relação à qualidade dos cuidados na unidade.

Resultados	Foram encontrados médias e os desvios-padrão para as variáveis do estudo. Funcionários enfermeiras avaliaram seus gerentes como moderadamente autênticos. A partir do *ALQ,* todas as subescalas foram medidas em torno da média da escala de cinco pontos. A subescala de "perspectiva moral interiorizada" foi avaliada como a mais elevada, e "autoconhecimento" foi a mais baixa das quatro subescalas. Como não tem havido estudos relatando o uso *ALQ* em amostras de enfermagem, os únicos grupos de comparação são em outras áreas, como no caso os funcionários de telecomunicações chineses. As médias do *ALQ* tenderam a ser maior no pessoal americano em relação aos funcionários chineses. Em geral, funcionários enfermeiros relataram maior identificação social com as suas unidades de trabalho do que a identificação pessoal com sua unidade de gestão, e a confiança no gerente foi moderada. Iniciativa/atitudes e as percepções da qualidade do cuidado foram avaliadas como moderadamente altas. A liderança autêntica influenciou de maneira significativamente positiva os enfermeiros da equipe quanto à confiança em seu gerente, e o engajamento no trabalho, que por sua vez permitiu prever as atitudes (tomada de decisão) e perceber a qualidade nos cuidados na unidade
Conclusões	A liderança autêntica e a confiança no líder possuem implicações quanto ao pessoal expressar suas preocupações. Em relação à identificação social, com o seu grupo de trabalho, os enfermeiros apresentaram efeitos diretos sobre o envolvimento no trabalho, atitudes e percepção de qualidade. Com os desafios significativos que enfrentam os líderes de enfermagem, a liderança autêntica tem o potencial de fornecer orientação positiva para a criação e manutenção de ambientes de trabalho saudáveis para os enfermeiros, e melhores práticas de liderança para otimizar os resultados com os pacientes.
Instrumentos utilizados	*Authentic Leadership Questionnaire (ALQ); Personal and social identification scale; Trust in Management Scale; Utrecht Work Engagement Scale (UWES) short version; Helping and Voice Behaviours Scale*

Quadro 32 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e impacto na equipe, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 25 **Título**	*Liderazgo Transaccional y Transformacional*
Autor(es)	MOGOLON,Sandra M.R.;GONZALEZ,Myriam A.
Periódico	*Avances em Enfermeria*.Vol 37.nº2, julho-dezembro,2010
Ano/País	2010/Colômbia
Objetivos	Estabelecer uma relação entre os tipos de liderança transformacional e transacional, com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos docentes de enfermagem que trabalham nos programas de enfermagem das universidades do nordeste da Colômbia (PEUNC). De modo específico, descrever as variáveis sociodemográficas e profissionais dos docentes de enfermagem que trabalham no PEUNC; Identificar os tipos de liderança exercidos pelos docentes de enfermagem que trabalham nos PEUNC, utilizando o *MLQ-5X* versão resumida; Identificar o tipo de relação existente entre os tipos de liderança e as variáveis.
Detalhamento Amostral	94 docentes que fazem parte dos programas de enfermagem das universidades do nordeste da Colômbia (PEUNC).
Detalhamento Metodológico	Estudo descritivo, relacional com abordagem quantitativa. Foi aplicado o questionário *MLQ*-5X, foram adicionadas ao instrumento as variáveis sociodemográficas. Foi utilizado alfa de Cronbach para determinar a confiabilidade do mesmo. Foram usadas medidas de dispersão para as variáveis ordinais e frequências e porcentagem para as nominais. Para a análise do instrumento, foram consideradas as pontuações de todas as dimensões (itens) e após uma análise descritiva. Por fim, foram realizadas análises de correspondência múltiplas para determinar a relação entre as variáveis sociodemográfica e profissionais e os tipos de liderança
Resultados	Para cada dimensão de cada um dos tipos de liderança (Transformacional e Transacional), pode-se encontrar uma contagem mínima de 0 e máximo de 16 (cada uma se encontra composta por quatro afirmações, sendo pontuadas de 0 - 4. A pontuação mínima obtida para liderança transformacional foi de 33, e a máxima foi de 76, com uma média de 62,48 (DE 9,08). Uma grande porcentagem de enfermeiros registrados apresenta características com a liderança transformacional. Para se obter um comparativo entre as diferentes dimensões que medem a liderança transformacional e transacional, foi estabelecida uma média de referência de 8 pontos. O comparativo se deu considerando as dimensões: influência idealizada, comportamento, motivação inspiradora, estímulo intelectual e consideração individualizada. Estas dimensões estão acima do ponto médio da referência, principalmente a dimensão "motivação inspiradora" com pontuação mínima acima de 8, e média de 15 pontos, alcançando a pontuação máxima permitida, em que fica evidenciada a elevada capacidade do docente de enfermagem para comunicar sua visão. A primeira dimensão "influência idealizada atribuída" apresenta pontuações mais baixas. A dimensão "estímulo intelectual" também se apresentou baixa, porém acima da anterior. Na dimensão "consideração individualizada", apresenta-se um comportamento similar ao da motivação inspiradora. Os comportamentos de liderança transacional apresentam um mínimo de 10 pontos e um máximo de 39 pontos onde a média desta variável foi de 24,04 pontos(DE 6,5), encontrando-se em um nível abaixo da média, e pontuações inferiores a 30 apresentaram maior frequência. Ao analisar as dimensões correspondes com a liderança transacional, obervou-se que três das

	quatro dimensões se apresentam abaixo da pontuação média, exceto a primeira "recompensa contingencial" que está com uma média de 13 pontos, enquanto a dimensão "gerenciamento ativo por exceção" está 75% com sua pontuação abaixo da pontuação da referência. Na dimensão "administração passiva por exceção" foram encontrados valores abaixo de 50% em uma escala do tipo *Likert* de 4 pontos. A liderança pouco motivacional *(laissez-faire*) apresentou um valor mínimo, acima de zero, mas suas pontuações estão abaixo da média da referência. Quando comparados os dados sociodemográficos para a categoria estado civil casado/união estável, encontrou-se uma relação alta para liderança transformacional. Enquanto a categoria docente solteiro/separado apresenta uma baixa para liderança transformacional. Para a variável sexo, os dados encontrados permitiram uma medição objetiva, dada a preferência feminina para esta profissão. A categoria título de especialista apresentou proximidade moderada com a liderança transformacional. Para o vínculo trabalhista, a categoria com titulação de mestre apresentou uma proximidade baixa para a liderança transacional.
Conclusões	Conclui-se que os docentes de enfermagem exercem mais fortemente a liderança transformacional do que a transacional.
Instrumentos utilizados	*MLQ-5X- com liberação da licença de uso e aplicação na Colômbia*

Quadro 33 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e impacto na equipe, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 29 Título	Aplicação da liderança situacional na enfermagem de centro cirúrgico
Autor(es)	SILVA, Marco A.; GALVÂO, Cristina M.
Periódico	Rev Esc Enferm USP 2007; 41(1):104-13
Ano/País	2007/Brasil
Objetivos	Analisar a correspondência de opinião entre o enfermeiro e os membros de uma equipe de enfermagem sobre o estilo de liderança exercido pelo enfermeiro de centro cirúrgico, em relação às categorias de atividades desenvolvidas neste setor; Analisar a correspondência de opinião entre o enfermeiro e os membros de uma equipe de enfermagem sobre o estilo de liderança que o enfermeiro de centro cirúrgico deveria adotar, em relação ao nível de maturidade do liderado frente às categorias de atividades desenvolvidas neste setor.
Detalhamento Amostral	A amostra do presente estudo foi composta de 15 enfermeiros, 2 técnicos e 13 auxiliares de enfermagem, atuantes em nove instituições hospitalares de Londrina. Das instituições hospitalares existentes na cidade, cinco não autorizaram a realização do estudo, justificando reestruturação na metodologia de trabalho ou superlotação da agenda cirúrgica. Ressalta-se que todos os participantes do estudo tinham, no mínimo, um ano de experiência profissional no centro cirúrgico.
Detalhamento Metodológico	Foi um estudo com abordagem quantitativa, delineamento de pesquisa não experimental, tipo do estudo descritivo/exploratório. Seu desenvolvimento se deu em duas fases: Primeira fase: construção e validação dos instrumentos, onde foram elaborados dois instrumentos: 1) Integração de Maturidade e Estilo – avaliação do líder e 2) Integração de Maturidade e Estilo – avaliação do funcionário. A construção destes instrumentos se referenciou em um dos instrumentos da série *LEAD (Leadership Effectiveness and Adaptability Description*) desenvolvido pelos autores da liderança situacional. Segunda fase: aplicação dos instrumentos. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do instrumento Integração de Maturidade e Estilo (avaliação do líder) nos enfermeiros, e do instrumento Integração de Maturidade e Estilo (avaliação do funcionário) nos técnicos e auxiliares de enfermagem. A amostra dos participantes foi pareada, ou seja, ao responder ao instrumento, o enfermeiro X teve como referência o técnico ou auxiliar de enfermagem Y e vice-versa. A seleção dos liderados (técnicos e auxiliares de enfermagem) foi realizada por meio de sorteio, ou seja, após orientar o enfermeiro responsável pelo turno de trabalho sobre o objetivo da pesquisa, e da sua concordância em participar. Os instrumentos foram submetidos a validações de aparência e conteúdo.
Resultados	A maturidade do liderado foi investigada neste estudo na terceira parte dos instrumentos aplicados, onde abaixo de cada categoria de atividades desenvolvidas na sala de operações existem duas escalas, as quais mensuram a maturidade profissional (capacidade) e a maturidade psicológica (disposição) dos liderados. Os enfermeiros, ao responderem ao instrumento Integração de Maturidade e Estilo – avaliação do líder, determinaram o nível de maturidade do liderado (técnico ou auxiliar de enfermagem) em cada categoria de atividades estudadas. Os técnicos ou auxiliares de enfermagem, ao responderem ao instrumento Integração de Maturidade e Estilo – avaliação do funcionário, determinaram os seus próprios níveis de maturidade, nas categorias de atividades desenvolvidas na sala de operações. Frente à Matriz de Integração entre Maturidade e Estilo desenvolvida pelos autores da liderança situacional, e os escores assinalados nos instrumentos pelos participantes investigados, identificam-se os estilos de liderança que o enfermeiro de centro cirúrgico deveria adotar em relação ao nível de maturidade do liderado, nas categorias das atividades estudadas.

Conclusões	Os autores concluíram que, em relação ao conjunto de pares dos participantes (enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem) que obtiveram correspondência de opinião, o estilo de liderança mais adotado pelo enfermeiro de centro cirúrgico, frente às atividades desenvolvidas na sala de operações, foi o E3 (compartilhar); em relação ao conjunto de pares dos participantes (enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem) que demonstraram correspondência de opinião, houve predomínio do estilo de liderança E4 (delegar), indicando que o enfermeiro de centro cirúrgico deveria adotar esse estilo em relação ao nível de maturidade do liderado nas categorias de atividades desenvolvidas na sala de operações, sugerindo que os liderados pesquisados apresentam nível de maturidade alto (M4)
Instrumentos utilizados	Integração de Maturidade e Estilo baseado no *Leadership Effectiveness and Adaptability Description-LEAD*

Quadro 34 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e impacto na equipe, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 36 **Título**	*Room for improvement? Leadership, innovation culture and uptake of quality improvement methods in general practice*
Autor(es)	APEKEY,Tanefa A.; MCSORLEY, Gerry.; TILLING,Michelle.;SIRIWARDENA, A. Niroshan.
Periódico	*Journal of Evaluation in Clinical Practice*.2011; (17), 311–318
Ano/País	2011/Inglaterra
Objetivos	Compreender a natureza da liderança e cultura de inovação, bem como avaliar o uso de técnicas e métodos/ferramentas para a melhoria da qualidade por clínicos gerais.
Detalhamento Amostral	Dos 102 clínicos gerais dentro de *Lincolnshire* que receberam os questionários, apenas 63 (62%) completaram os questionários, consistindo em uma amostra final de (n=63).
Detalhamento Metodológico	Estudo transversal. Foram enviados questionários autoadministrados e uma carta indicando qual a finalidade da pesquisa, entre junho e dezembro de 2007. Para todos os 102 clínicos gerais que fazem parte do *Quality and Outcomes Framework (QOF)* em um condado à Oeste de *Midlands*. O mesmo questionário foi enviado com uma carta selada para os não respondentes, após 2 e 3 meses. O questionário consistiu de quatro partes: 1) contextualização (dados sociodemográficos), 2) o comportamento de liderança utilizando o *Leadership Practices Inventory* (*LPI*), 3) cultura de inovação, onde usaram sete dimensões do "*Spider Diagram"* do *NHS Institute for Innovation and Improvement* (risco, recursos, informação, objetivos, ferramentas, recompensas e relacionamentos), e 4) uso de métodos de melhoria da qualidade. Os entrevistados classificaram a partir de sua própria experiência de práticas clínicas 22 ferramentas de melhoria de qualidade e técnicas atualmente em uso no serviço de saúde para determinar a extensão da adoção desses métodos em clínica geral. A estatística descritiva foi utilizada para analisar a frequência de respostas. A consistência interna para cada um dos três instrumentos foi avaliada por meio do alfa de *Cronbach*. A média de respostas foi comparada utilizando-se ANOVA e correlação (*Spearman*). Qui-quadrado foi utilizado para comparar as características sociodemográficas dos não respondentes com os dos respondentes. A significância estatística foi fixada em 0,01 (bicaudal) e a análise realizada usando SPSS versão 15.
Resultados	Sessenta e três questionários concluídos (62%) foram devolvidos. Comportamentos de liderança não eram comumente relatados. A maioria das práticas analisadas relatou uma cultura positiva de inovação, apresentando relação mais fortemente seguida por metas e informações, mas com pontuação inferior em outras dimensões de recursos, riscos e recompensas. Houve uma correlação positiva significativa entre o comportamento de liderança e a cultura de inovação ($r = 0,57$; $P < 0,001$). Além de auditoria clínica e análise de evento significativo, métodos de melhoria de qualidade não foram aprovados pela maioria dos participantes de práticas.
Conclusões	Comportamentos de liderança foram relatados com pouca frequência, e isso foi associado com uma limitada cultura de inovação dos clínicos gerais participantes. Havia pouco uso de métodos de melhoria de qualidade além de auditoria de eventos clínicos e significativos. As práticas clínicas precisam de apoio para melhorar as habilidades de liderança, incentivar a inovação e desenvolver habilidades para melhoria de qualidade nos cuidados de saúde.
Instrumentos utilizados	*The Leadership Practices Inventory – LPI*

Quadro 35 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e impacto na equipe, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 10 Título	*Nursing Directors 'Leadership Styles and Faculty Members' Job Satisfaction in Taiwan*
Autor(es)	CHEN, Hsiu-Chin; BARON, Mark
Periódico	*Journal of Nursing Education, October* 2006, Vol. 45, No. 10
Ano/País	2006/ China
Objetivos	Examinar a percepção dos estilos de liderança dos diretores de enfermagem da Faculdade de Enfermagem de Taiwan e os seus níveis de satisfação no trabalho para entender como a percepção dos estilos de liderança interfere na satisfação do trabalho. Os objetivos partiram de três perguntas: 1) Quais são os estilos de liderança (transformacional, transacional, *laissez-faire*) dos diretores de enfermagem de Taiwan, segundo a percepção dos docentes de enfermagem? 2) Qual é o nível de satisfação no trabalho dos docentes de enfermagem de Taiwan? 3) Enquanto controla as características organizacionais e dados demográficos, até que ponto estilos de liderança dos diretores de enfermagem, percebidos por docentes de enfermagem, determinam os níveis de satisfação de trabalho dos membros do corpo docente?
Detalhamento Amostral	A amostra por conveniência foi composta por (175) membros do corpo docente de algumas faculdades de enfermagem em Taiwan.
Detalhamento Metodológico	Estudo descritivo, correlacional, transversal, utilizando questionário autoadministrado. Nove das 12 escolas com programas de enfermagem do sistema de ensino superior de Taiwan foram elegíveis para participação, com um dos critérios de possuir no mínimo 10 membros no corpo docente com atuação em tempo integral. Inicialmente foi realizada uma análise de poder estatístico, antes da coleta de dados, para calcular o tamanho da amostra necessária e uma menor probabilidade de erro nas análises estatísticas. Foi usada uma fórmula de regressão múltipla para determinar o tamanho da amostra. Ambos os membros do corpo docente (feminino e masculino) foram convidados a participar deste estudo. Foram enviados questionários para os professores listados no site de cada escola. No total, foram preparados 244 pacotes de questionários para a primeira correspondência. Os participantes foram selecionados individualmente em cada cenário em que as pesquisas foram concluídas para maximizar o conforto e conveniência dos mesmos. Estes tiveram que apontar se tinham dificuldade em responder a quaisquer itens do questionário e fornecer sugestões se alguns fossem ambíguos. Por meio deste procedimento, foram modificados alguns aspectos no texto sobre os questionários para melhor acomodar a contextualização do ensino de enfermagem em Taiwan; porém, nenhum item foi eliminado. Instrumentos utilizados: o *Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ).* A última versão do MLQ é o formato 5X, trata-se de um questionário de 45 itens que usa 5 pontos para uma escala de Likert (0= de jeito algum a 4= frequentemente, se não sempre). Neste estudo, a versão chinesa do MLQ desenvolvida foi usada para levantar a percepção dos docentes em relação aos estilos de liderança dos diretores de enfermagem. O *MLQ*-5X chinês consiste em 9 subescalas com 36 itens incluindo do estilo de liderança transformacional como: "comportamento de influência idealizada", "atributos de influência ideal", "motivação inspiradora", "estímulo intelectual e consideração individualizada". No estilo transacional: "recompensa contingencial", "gerenciamento por exceção passiva" e "gerenciamento por exceção ativa" e "estilo de liderança *laissez-faire*". Neste estudo o coeficiente de alfa de Cronbach total e para as 9 subescalas do MLQ-5X chinês foi de 0,88 e 0,79, respectivamente. O *Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ)* é usado para medir os níveis de satisfação no trabalho. Este possui dois formulários: um longo de 100 itens e um curto de 20 itens. O formulário curto contém subescalas de satisfação geral intrínsecas e extrínsecas. O *MSQ* chinês foi usado neste estudo para medir os níveis de satisfação dos membros da faculdade de enfermagem. Seus 20 itens usam a escala de Likert com pontuação de 0= muito insatisfeito a 5= muito satisfeito. Altos escores representam um nível elevado de satisfação no trabalho. O alfa de Cronbach do MSQ chinês foi de 0,92 para a subescala de satisfação geral, 0,88 para subescala de satisfação intrínseca e

	0,84 para subescala de satisfação extrínseca. Foi realizada análise de dados com *SPSS* do Windows versão 11,0, e distribuição de frequência de todas as variáveis foram checadas para verificar valores extremos, perda de dados e erros de digitação. Foram avaliadas distribuições normais de variáveis dependentes e independentes. Foram realizados resumos estatísticos incluindo cálculo de médias, intervalos, desvios-padrão, frequência, contagens e porcentagens de todos os dados demográficos e organizacionais, de acordo com os níveis dos dados. Médias e desvio-padrão foram calculados para os itens do MSQ curto e a escala total e nove subescalas do *MLQ*-5X chinês. Hierarquia de regressão múltipla foi utilizada para determinar se os níveis de satisfação no trabalho da faculdade foram determinados pelos estilos de liderança dos diretores, conforme a percepção dos docentes.
Resultados	Sobre as "características demográficas e organizacionais", obteve-se que, após 6 semanas de coleta de dados, 175 dos 244 questionários foram devolvidos (taxa de resposta de 72%). Dos 175 respondentes, 150 eram mulheres (85,7%) e 25 homens (14,3%). A maioria (60,6%, n = 106) dos participantes tinha idades entre 31 e 40 anos. Quase 3/4 (73,6%, n = 128) dos participantes eram casados, e a maioria (90,9%, n = 159) tinha mestrado. A maioria dos participantes eram instrutores (91,4%, n = 160); apenas 3,4% (n = 6) e 5,1% (n = 9) realizavam a função de assistente e posições de professor associado respectivamente; nenhum participante ocupou posição de professor. Mais da metade (60,6%, n = 106) dos participantes relatou que seu salário mensal variou de NT $ 46.000 para NT $ 60.000 (EUA $ 1 = NT $ 34,5). Além disso, 52% (n = 91) dos participantes relataram possuir contrato de 1 ano para a sua posição atual. Em relação ao tempo de cargos de diretores, os participantes relataram uma média de 19,7 meses, com uma gama de 12 a 48 meses. Participantes tinham ensinado em suas áreas de uma média de 8 anos, com um intervalo de 1 mês a 32 anos. Em relação às características organizacionais das escolas, duas públicas e sete privadas. O tamanho médio da escola (número alunos de enfermagem matriculados na escola) foi 2.405 ± 1.682, com um alcance de 962 a 5.464. Pouco mais da metade (55,6%, n = 5) das nove escolas eram pequenas, com números de estudantes de enfermagem que vão de 962 a 1.700. Da mesma forma, a maioria (77,8%, n = 7) das escolas participantes tinha um pequeno número de membros do corpo docente (15 a 38). O tamanho médio da Faculdade foi de 55 ± 56, com uma faixa de 15-177. Quanto aos "estilos de Liderança da Administração de Enfermagem em Taiwan", a média para a escala total dos MLQ-5X chinês foi 64,23 ± 16,63, com um intervalo de 11 a 110, e as pontuações médias para os itens das nove subescalas variaram de 1,34 ± 0,86-2,07 ± 0,75. Os resultados indicaram um item de maior média de pontuação em que os participantes perceberam nos estilos de liderança transformacional que foi o de motivação inspiradora (média = 2,07 ± 0,75) e influência idealizada (média = 2,06 ± 0,75). Enquanto, comportamento de administração de enfermagem: gerenciamento por exceção passiva (média = 1,42 ± 0,84) e *laissez-faire* (média = 1,34 ± 0,86) nos estilos de liderança dos diretores de enfermagem representou o item de menor média de pontuação. Para os "Níveis de satisfação no trabalho dos docentes da Faculdade de Enfermagem em Taiwan"**,** os escores médios para o MSQ chinês foram 68,16 ± 10,39 para a escala geral de satisfação, 42,54 ± 6,51 para a subescala satisfação intrínseca e 18,82 ± 4,03 para a subescala de satisfação extrínseca. Os escores de percentil de <25 indicam baixa satisfação, as pontuações percentuais de 26 a 74 indicam satisfação moderada, e as pontuações percentuais maiores que 75 indicam alto grau de satisfação com o emprego. Com base nesta categorização, o percentil 50 de satisfação no trabalho docente de enfermagem neste estudo foi de 68,50, o que representa um nível moderado de satisfação. Para a "Relação entre satisfação no trabalho e Estilo de liderança"**,** foi utilizada a hierarquia de regressão múltipla para responder à terceira questão de investigação. Como primeiro passo realizaram t- teste, ANOVA, e correlações bivariadas, antes de entrarem os três grupos de variáveis demográficas e organizacionais e as nove subescalas do MLQ-5X chinês. A finalidade desta etapa foi selecionar variáveis significativas destes três grupos para entrar na equação de regressão e para diminuir a possibilidade de erro de tipo I por causa de um aumento do número de preditores. Quinze variáveis foram encontradas por serem significativamente associadas com níveis de satisfação no trabalho de enfermagem dos docentes. As variáveis demográficas de idade, salário mensal, atual vigência do

	contrato, tempo de serviço de professores e do diretor em suas posições; a variável organizacional da escola-controle (público contra o privado) e todas as nove subescalas do MLQ-5X foram agrupados individualmente em três conjuntos preparados para a realização de regressão múltipla hierarquizada utilizando a solução gradual. Depois foi realizado o controle para as características demográficas e organizacionais, a influência idealizada atribuída pelo estilo de liderança foi positivamente significante para níveis de satisfação no trabalho apontado por docentes de enfermagem, enquanto o estilo de liderança *laissez-faire* foi significativamente negativo de acordo com os níveis de satisfação profissional dos membros da faculdade de enfermagem. Neste estudo, 27,5% da variação dos níveis da satisfação no trabalho de enfermagem dos membros da faculdade poderia ser atribuída aos preditores combinados de estilos de liderança: atributos de liderança idealizada, influência de liderança ideal e *laissez-faire*.
Conclusões	As conclusões deste estudo sugerem que se os diretores de enfermagem praticarem a influência idealizada atribuída ao estilo de liderança com mais frequência, a satisfação no trabalho de membros docentes de enfermagem da faculdade vai aumentar. Por outro lado, um estilo de liderança *laissez-faire*, praticado frequentemente por diretores de enfermagem, diminuiu a satisfação no trabalho. Além disso, elevar o nível de satisfação de trabalho dos docentes em relação aos diretores de enfermagem pode promover reconhecimento para a faculdade. Este estudo identificou a necessidade do desenvolvimento de um programa de treinamento de liderança para diretores de enfermagem em Taiwan, porque a adoção da liderança transformacional é moderada na melhor das hipóteses.
Instrumentos utilizados	*Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ); MLQ- 5X*- chinês

Quadro 36 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 12 **Título**	*The influence of authentic leadership and empowerment on nurses' relational social capital, mental health and job satisfaction over the first year of practice.*
Autor(es)	READ, Emily A.; LASCHINGER, Heather K.S .
Periódico	*Journal of Advanced Nursing*.2015; 71(7) 1611–1623.
Ano/País	2015/Canadá
Objetivos	Testar um modelo vinculado à liderança autêntica para verificar a percepção de enfermeiros recém-graduados em relação aos gestores assim como a percepção para capacitação estrutural, relações sociais, saúde mental e satisfação no trabalho.
Detalhamento Amostral	191 enfermeiros recém-graduados em Ontário (Canadá)
Detalhamento Metodológico	Estudo transversal. Enfermeiros recém-graduados em Ontário com menos de 2 anos de experiência completaram as pesquisas por correio no período de janeiro-março de 2010 e um ano mais tarde. A análise utilizou a modelagem de equações estruturais para testar o modelo teórico do instrumento. Uma amostra aleatória de enfermeiros que haviam se formado nos últimos 2 anos foi elaborada, a partir da lista de registro de enfermeiros de Ontário. No ano de 2010, foram enviados 709 inquéritos aos enfermeiros nos seus endereços residenciais. Destes, 342 inquéritos foram devolvidos, com uma taxa de resposta de 48,2%. No ano de 2011, novos levantamentos de acompanhamento foram enviados para os respondentes (n = 342), e um total de 191 inquéritos de retornos foram recebidos, com uma taxa de resposta de 55,8%. As características demográficas dos enfermeiros foram consideradas neste estudo. Os dados foram coletados em dois momentos com intervalo de 1 ano, no período de 2010 a 2011, utilizando o questionário de abordagem adaptado por Dillman. Foram realizadas três expedições para aumentar as taxas de resposta. Inicialmente, os enfermeiros receberam um pacote com uma carta de informação, um questionário de estudo e um envelope de retorno já selado, reendereçado para ser devolvido, ao se completarem as respostas do questionário. Um voucher de $ 2,00 dólares para um café foi incluído em cada pesquisa como uma prova de agradecimento. Quatro semanas mais tarde, cartas de aviso foram enviadas. Finalmente, uma carta de acompanhamento e um questionário de substituição com um sobrescrito de devolução foram enviados para as não respondentes em um intervalo de 8 semanas, após o envio inicial. As variáveis foram selecionadas para os "*outliers*" e falta de dados. Estatísticas descritivas foram calculadas utilizando software *SPSS* versão 21. 0, IBM 2012. As variáveis demográficas no ano de 2010 e no ano de 2011 foram comparadas pelo teste qui-quadrado para diferenças nas variáveis categóricas e emparelhamento de testes "t" para variáveis contínuas. O modelo hipotético foi testado usando modelagem de equações estruturais, com estimativa de probabilidade máxima no *software Amos*, versão 21.0, IBM 2012. Comparação entre variáveis demográficas dos dois períodos (2010-2011) mostrou que os aumentos de idade e experiência de enfermagem ocorreram ao longo do tempo, um por período de um ano, enquanto gênero, educação, área de especialidade e de emprego permaneceram estáveis. Instrumentos validados foram usados para medir todas as variáveis do estudo. A consistência interna foi aceitável, com valor de alfa de Cronbach encontrado > 070 para todas as medidas.
Resultados	Os participantes eram predominantemente do sexo feminino, trabalhando em tempo integral na medicina/cirurgia ou cuidados intensivos. Todas as medidas demonstraram confiabilidade e validade aceitável. Resultados da análise sustentaram o modelo de hipóteses levantadas; empoderamento estrutural mediou a relação entre liderança autêntica e o relacionamento social dos enfermeiros, que por sua vez teve um efeito negativo sobre os sintomas de saúde mental e um efeito positivo sobre a satisfação no trabalho. Porém, o capital social relacional teve um efeito muito menor sobre os sintomas de saúde mental em relação à satisfação no trabalho. Uma explicação lógica para isso é que os novos enfermeiros licenciados podem ter outras fontes de capital social relacional fora do

	trabalho (amigos, familiares, mentores) que lhes proporcionam recursos sociais que os protegem de experimentar sintomas de saúde mental, resultantes de interações negativas no trabalho. As percepções de satisfação no trabalho, por outro lado, estão diretamente relacionadas com o capital social relacional no trabalho, pelo fato de os enfermeiros recém-formados precisarem de acesso direto, apoio imediato, apoio de colegas e de um supervisor que possa prestar-lhes assistência, conselhos e encorajamento no trabalho. Este efeito pode explicar o forte relacionamento no trabalho, o capital social relacional sobre a satisfação no trabalho das novas enfermeiras recém-graduadas.
Conclusões	Ao criar uma estrutura para capacitar ambientes de trabalho, os líderes autênticos fomentam o capital social relacional entre os novos enfermeiros recém-formados, proporcionando bons resultados positivos com a saúde e maior pemanência dos enfermeiros nas instituições hospitalares.
Instrumentos utilizados	*Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II-(CWEQ-II); The Authentic Leadership Questionnaire (ALQ); The Sense of Community subscale of Leiter and Maslach's; Areas of Worklife Scale (AWS); The Mental Health Inventory (MHI-5)*

Quadro 37 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 13 **Título**	*Does self-efficacy mediate the relationship between transformational leadership behaviours and healthcare workers' sleep quality? A longitudinal study*
Autor(es)	MUNIR, Fehmidah; NIELSEN, Karina.
Periódico	*Journal of Advanced Nursing.*2009; 65(9), 1833–1843
Ano/País	2009/Dinamarca
Objetivos	Investigar a relação longitudinal entre a qualidade do sono dos trabalhadores e os comportamentos de liderança transformacional adotados por seus líderes, assim como os efeitos mediadores da autoeficácia.
Detalhamento Amostral	A amostra consistiu de um grupo de (274) trabalhadores de um grande setor de cuidado para idosos do governo local dinamarquês. Dentre eles estão o pessoal de limpeza, o pessoal da cantina, assistentes de saúde, enfermeiros, fisioterapeutas e pessoal de manutenção.
Detalhamento Metodológico	Estudo longitudinal, que foi utilizado para recolher dados de trabalhadores da saúde dinamarquesa no Tempo1 (2005) (n = 447) e 18 meses depois, no Tempo 2 (2007) (n = 274). Dos 551 questionários distribuídos no Tempo 1, 447 (81% taxa de resposta) retornaram. No Tempo 2, o questionário foi distribuído para 521 pessoas e 274 retornaram (taxa de resposta de 53%). A pesquisa foi enviada a todos os funcionários que trabalham nos centros de cuidados, novos funcionários foram incluídos na segunda rodada. E 51% dos profissionais de saúde trabalham em homecare e o restante em lares de idosos. A amostra incluiu o pessoal de limpeza, o pessoal da cantina, assistentes de saúde, enfermeiros, fisioterapeutas e pessoal de manutenção. Funcionários foram organizados em grupos, como, por exemplo, pessoal de cuidados domiciliares, cobrindo uma área geográfica ou uma casa de repouso constituía um grupo. Cada grupo tinha um líder formal com responsabilidades gerenciais, e, para este gerente, eles realizaram a avaliação. Modelagem de equações estruturais foi utilizada para investigar as relações entre a liderança transformacional, a autoeficácia e a qualidade do sono, nos tempos 1 e 2 de forma independente (transversalmente) e longitudinalmente. A liderança transformacional foi medida utilizando a *Global Leadership Scale*, sendo constituída por sete itens, apresentando elevado grau de validade convergente tanto quanto questionários mais longos já existentes, como o *Multifactor Leadership Questionairre (MLQ) e o Leadership Practice Inventory (LPI*). Um exemplo de item é: "Meu líder incentiva a pensar sobre os problemas de novas maneiras e permite perguntas". As categorias de resposta foram: 1) a um nível muito extenso; 2) para uma grande extensão; 3) um pouco 4) com uma pequena extensão; e 5) a uma extensão muito pequena. Confiabilidade e consistência interna foram medidas pelo alfa de Cronbach com 0,90 no Tempo 1 e 0,94 no Tempo 2. No teste para "Autoeficácia", foram usados os 7 itens de medida. Um exemplo de um item: "Posso sempre conseguir resolver problemas difíceis se eu tentar duro o suficiente". As categorias de resposta foram: 1) "exatamente verdadeiro"; 2) "moderadamente verdadeiro"; 3) "dificilmente verdadeiro"; e 4) "não é de todo verdade". A confiabilidade da consistência interna foi de 0,79 tanto para o 1º como para o 2º Tempo. A "Qualidade do sono" foi avaliada através de uma escala de 4 itens que mediu o grau em que os funcionários vivenciaram problemas para dormir ao longo das últimas duas semanas. Um exemplo de item foi: 'Você achou difícil dormir à noite?". As categorias de respostas foram: 1) o tempo todo; 2) na maior parte do tempo; 3) um pouco mais do que metade do tempo; 4) um pouco menos do que metade do tempo; 5) apenas uma pequena parte do tempo; e 6) não em todos. A confiabilidade e consistência interna foram de 0,99 no 1º tempo e 0,91 no 2º. Uma vez que os resultados foram medidos em diferentes escalas, estes foram transformados em escalas padronizadas para que eles variassem de 0 a 100, sendo 100 uma representação altamente positiva sobre o construto. Para escalas com cinco categorias de resposta, respostas foram transformadas de modo que 1= 0; 2= 25; 3= 50; 4=75; e 5 =100. Para escalas com

	quatro categorias de resposta, as respostas foram transformadas de modo que 1=0; 2= 33; 3=66; e 4=100. Isto foi feito para aumentar a clareza na interpretação dos resultados. Para testar as relações diretas entre a "liderança transformacional" e "qualidade do sono" (hipótese 1), foi realizado um teste tanto transversal como longitudinal (M1); para a testagem da hipótese 2 "autoeficácia como mediadora", foi testada a mediação completa (M2) (que a autoeficácia explica totalmente a relação entre a liderança transformacional e qualidade do sono). Esta assume que as prévias relações diretas encontradas na pesquisa seriam mediadas a partir de como os gerentes fazem os funcionários os perceberem, ou seja, experimentam níveis mais elevados de autoeficácia. Para testar para a mediação parcial (que a autoeficácia apenas em parte explica a relação entre a liderança transformacional e a qualidade do sono, e que outros fatores também influenciam esta relação), foram testados três modelos para a mediação parcial no T1 e no T2 longitudinalmente. Foi incluído no modelo, com base nas conclusões, que uma relação recíproca entre autoeficácia e liderança transformacional pode estar presente tanto no Tempo 1 quanto no Tempo 2.
Resultados	No tempo 1, 93% dos entrevistados eram do sexo feminino, tinham em média idade de 44 anos (DP = 11,13) e trabalhavam há 8 anos em média (DP = 8,02) em seu local de trabalho atual. A maioria dos funcionários era assistente de saúde (62%), seguidos por enfermeiros (12%); 18% tinham outras qualificações relacionadas com a saúde, e o restante 8% não tinha qualificação relacionada com a saúde. No tempo 2, 91% eram do sexo feminino, com idade média de 45 anos (DP = 10,93), e trabalhavam em média há 8 anos (DP = 7,83) em seu atual local de trabalho. A maioria dos funcionários era composta por assistentes de saúde (65%), seguida por enfermeiros (10%), 19% tinham outras qualificações relacionadas com a saúde e 6% não tinham qualificação relacionadas com a saúde. Um total de 188 participantes forneceu dados tanto no tempo 1 como no tempo 2. Destes, 93% eram do sexo feminino; a idade média foi de 45 anos (DP = 9,90) e eles trabalhavam há pelo menos 9 anos (DP = 7,70) em média (no tempo 1). A maioria era assistente de saúde (61%), 12% eram enfermeiros, 21% tinham outras formações relacionadas com a saúde e 8% restantes não tinham formação relacionada com a saúde. Esta é uma amostra longitudinal representativa de Tempo 1 e Tempo 2, uma vez que nenhuma das amostras difere entre si nas idades, sexo e educação. Ao fazer as comparações, os pesquisadores utilizaram a amostra completa nas análises para fazer uso de todos os dados.
Conclusões	Este estudo destaca duas novas e importantes implicações para a pesquisa e prática: 1) Primeiro, verificou que a liderança transformacional está intimamente relacionada à qualidade do sono. No entanto, esta relação é complicada. Enquanto transversalmente é uma relação negativa, parece que ao exercer comportamentos de liderança transformacional, ao longo do tempo, os participantes da pesquisa obtiveram uma melhora na qualidade do sono. 2) Em segundo lugar, embora a liderança transformacional esteja relacionada à autoeficácia, parece que não é através de aumento da autoeficácia que líderes transformacionais influenciam a qualidade do sono de seus seguidores. Os resultados indicam a importância de conscientizar os gestores para saberem em que grau eles influenciam a qualidade do sono dos seguidores. Embora adotar comportamentos associados com a liderança transformacional tais como: estimulando seguidores a envolver na tomada de decisão e resolução de problemas, em curto prazo, possa conduzir a um aumento da qualidade de sono de seus seguidores. Além disso, os líderes transformacionais também podem ter um efeito positivo sobre a satisfação de trabalho, motivação e bem-estar daqueles que supervisiona. Os resultados também têm importantes implicações para aqueles que têm como objetivo programar intervenções de nível organizacional para melhorar a saúde de seguidor e bem-estar no ambiente de trabalho de saúde. De natureza longitudinal, este estudo, segundo os autores, indicou que é provável capacitar líderes para exercer determinados comportamentos. Pode ser possível, também, melhorar a qualidade do sono ao longo do tempo. No entanto, a liderança transformacional não deve ser vista como um substituto para o projeto

	de trabalhos não muito bons, e os líderes transformacionais devem apoiar os trabalhadores, ao promover a saúde e bem-estar no trabalho
Instrumentos utilizados	*Global Transformational Leadership Scale*

Quadro 38 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 14 **Título**	*The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' burnout and mental health: A cross-sectional study*
Autor(es)	LASCHINGER, Heather K.S.; BORGOGNI, Laura; CONSIGLIO,Chiara.; READ,Emily.
Periódico	*International Journal of Nursing Studies*.2015; 52 (2015) 1080–1089.
Ano/País	2015/Canadá
Objetivos	1) Testar um modelo de comportamentos de liderança autêntica para os supervisores de enfermagem de enfermeiras recém-formadas em seus locais de trabalho, vinculando-os com a autoeficácia ocupacional, Burnout e saúde mental nos primeiros três anos de prática. 2) Examinar a validade deste modelo em uma população anteriormente não estudada - enfermeiros recém-licenciados.
Detalhamento Amostral	Um total de 1.009 enfermeiros que trabalham na assistência direta ao paciente em ambientes de cuidados agudos com menos de 3 anos de experiência.
Detalhamento Metodológico	Estudo transversal, como parte de um estudo nacional de enfermeiros recém-licenciados que trabalham em funções de atendimento direto em todo o Canadá. Enfermeiros que trabalham na assistência direta ao paciente em ambientes de cuidados agudos com menos de 3 anos de experiência foram selecionados, a partir de bases de dados de registro provincial de 10 províncias canadenses. Enfermeiros recém-formados foram incluídos na amostra final (taxa de resposta utilizável 27%) um total de 1.009 entre os 3.743 pertencentes a uma população de enfermeiros. Os participantes receberam um pacote de pesquisa por e-mail que incluía uma carta de informação, questionário de estudo e um voucher para um café $ 2. Foi usado o procedimento de Dillman para otimizar as taxas de resposta, os não respondentes receberam uma carta-lembrete quatro semanas após o envio inicial, seguida por um pacote *second survey* quatro semanas depois. Para garantir a confidencialidade, os participantes foram codificados com números. Foi o instrumento *Authentic Leadership Questionnaire*, composto por 16 itens que medem quatro dimensões do comportamento de liderança autêntica: "autoconsciência" (4 itens), "processamento de perspectiva moral e ética" (4 itens), "processamento equilibrado de informações" (3 itens) e "transparência nos relacionamentos" (5 itens). Utilizando cinco pontos da escala Likert (de 0 = nenhuma, 4 = frequentemente, se não sempre). Itens foram somados, sendo realizada a média para criar um escore total para a liderança autêntica. Estudos anteriores têm apoiado a confiabilidade e a validade deste instrumento geralmente entre os enfermeiros recém-formados (Cronbach 0,91). No atual estudo, o valor do alfa de Cronbach um foi 0,96; Foi utilizada a escala *Areas of Worklife Scale*, que é uma escala que mede seis dimensões do ambiente de trabalho e que contribui para a experiência dos funcionários. Composta pelos domínios: 1) carga de trabalho; 2) controle; 3) recompensa; 4) um senso de comunidade; 5) justiça; e 6) congruência de valores. Este instrumento contém 18 itens, com pontuação em uma escala de *Liker*t de 1 = "discordo totalmente" a 5 = "concordo fortemente". Cinco itens apresentam inversão nas respostas. O resultado foi criado pela soma e média de contagens de itens. O valor do alfa de Cronbach foi (0,81) no estudo atual, demonstrando a confiabilidade da escala aceitável. A *Occupational Coping Self-Efficacy (OCSE) scale é uma* escala composta por nove itens. Os entrevistados pontuavam na medida em que eles acreditavam que eles lidavam com situações de estresse ocupacional em uma escala de Likert de 5 pontos (1 = discordo totalmente a 5 = concordo fortemente). O resultado foi criado pela soma e média dos itens. Pontuações maiores indicam maior autoeficácia por enfrentamento ocupacional. *Maslach Burnout Inventory-General Survey,* em que exaustão emocional e cinismo foram medidos usando suas subescalas *Maslach Burnout Inventory*, compostas de 5 itens para pontuação em uma escala de *Likert* de 6 pontos de 0 = "nunca" a 6 = "diariamente". A tensão interpessoal no trabalho foi medida usando uma escala de 6 itens, com o mesmo escore, um exemplo de

	item: '"no trabalho, demonstro ser insensível aos problemas dos outros". Escores mais altos refletem níveis mais elevados de Burnout. Cada escala tem demonstrado aceitável confiabilidade e validade em estudos anteriores. No presente estudo, o alfa de Cronbach foi 0,82, 0,92, e 0,92 para a tensão interpessoal no trabalho, exaustão emocional e cinismo, respectivamente. Foi utilizado ainda o *General Health Questionnaire* em que a saúde mental foi medida usando a escala de sintomas depressivos do questionário. Composta por 12 itens. A frequência das respostas se dá por uma escala de *Likert* de 4 pontos de 1 = "de modo nenhum" a 4 = "muito mais que o normal". Itens foram reversamente codificados para que altas pontuações refletissem em boa saúde mental. Os itens foram somados em média para criar um escore total. Estudos anteriores mostraram aceitável validade e confiabilidade no presente estudo e alfa de Cronbach de 0,85.
Resultados	Os resultados apoiaram o modelo hipotético que liga liderança autêntica à percepção de novos enfermeiros no local de trabalho, *OCS*E e *Burnou*t subsequente à saúde mental. Os resultados fornecem evidência empírica adicional ao modelo de *Burnou*t que inclui tensão interpessoal no trabalho associado às dimensões de exaustão emocional e cinismo. Essas descobertas adicionam suporte à literatura que sugere que comportamentos de liderança autêntica desempenham um papel na criação de resultados positivos para enfermeiros recém-graduados, incluindo níveis mais baixos de *Burnout* e uma melhora na saúde mental dos novos enfermeiros licenciados.
Conclusões	*Burnout* é um risco ocupacional que tem efeitos prejudiciais sobre a saúde mental de novos enfermeiros licenciados e pode ameaçar a retenção desse valioso recurso humano. Os resultados dos estudos mostram que os líderes autênticos desempenham um papel importante no fortalecimento de enfermeiros recém-formados, na confiança da sua capacidade de lidar com as demandas de seus empregos, protegendo-os do desenvolvimento da síndrome de *Burnout* e dos problemas de saúde mental. De acordo com os autores, os resultados deste estudo acrescentam aos trabalhos sobre o tema o poder de liderança autêntica na facilitação da transição na formação dos enfermeiros na graduação para a profissão de enfermagem. É sugerido que ocorra uma capacitação em liderança, para desenvolver habilidades de liderança autêntica nos supervisores. Esta capacitação pode ser uma estratégia útil para o crescimento de ambientes de trabalho saudáveis, que promovam autoeficácia ocupacional e que podem incentivar a retenção dos recém-chegados enfermeiros à profissão.
Instrumentos utilizados	*Authentic Leadership Questionnaire; Areas of Worklife Scale;Occupational Coping Self-Efficacy scale; Maslach Burnout Inventory-General Survey; General Health Questionnaire*

Quadro 39 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 15 **Título**	*The importance of transformational leadership style for the well-being of employees working with older people*
Autor(es)	NIELSEN Karina; YARKER Joanna; BRENNER, Sten-Olof; RANDALL, Raymond; BORG, Vilhelm.
Periódico	*Journal of Advanced Nursing*.2008; 63(5), 465–475
Ano/País	2008/Dinamarca
Objetivos	O objetivo do estudo foi o de explorar as relações entre a liderança transformacional, percepção das condições de trabalho dos seguidores e satisfação de bem-estar e de trabalho dos empregados. Testaram-se as seguintes hipóteses: 1) percepções dos trabalhadores de influência no trabalho medeiam a relação entre os líderes transformacionais e satisfação no trabalho e bem-estar. 2) mecanismo pelo qual a liderança transformacional e a satisfação no trabalho e o bem-estar estão associados através do envolvimento de seguidores em seu trabalho. 3) a relação entre a satisfação de trabalho e liderança transformacional e bem-estar é mediada pela experiência de trabalho significativo.
Detalhamento Amostral	A amostra consistiu de 447 funcionários que trabalham em grandes serviços que prestam cuidados para idosos do governo local dinamarquês. Dentre eles estão o pessoal de limpeza, o pessoal da cantina, assistentes de saúde, enfermeiros, fisioterapeutas e pessoal de manutenção.
Detalhamento Metodológico	Um projeto transversal foi aplicado a partir de dados de questionários de 447 funcionários de cuidadores de idosos na Dinamarca. Os dados foram coletados em 2005. Foi testado um modelo baseado em teorias das relações entre liderança, condições de trabalho, satisfação no trabalho e bem-estar, usando modelagem de equações estruturais. Para avaliação de liderança, foi usada *Global Transformational Leadership Scale*, constituída por sete itens com elevado grau de validade convergente. Um exemplo de item foi: "Meu líder incentiva a pensar sobre os problemas de novas maneiras e permite perguntas". As categorias de resposta foram: 1) a um nível muito extenso; 2) para uma grande extensão; 3) um pouco; 4) com uma pequena extensão; e 5) a uma extensão muito pequena. Escalas de medição para influência, *trabalho significativo, envolvimento, satisfação no trabalho e bem-estar foram todos retirados do Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ).* Essas escalas têm sido utilizadas *em diversos estudos por terem apresentado uma boa confiabilidade e validade.* Esta escala consiste de quatro itens que medem a extensão da influência que os funcionários exercem sobre aqueles com quem trabalham, a quantidade de trabalho que tinham que fazer ou a autoridade aplicada na tomada de decisão. Um exemplo de um item é: "você tem um grande grau de influência sobre as decisões relativas ao seu trabalho?" Categorias de resposta foram: 1 = sempre; 2 = muitas vezes; 3 = às vezes; 4 = raramente; 5 = nunca/quase nunca. *Meaningful work* (trabalho significativo), os funcionários foram solicitados a avaliar se o grau ao qual eles demonstram em seu local de trabalho é significativo, e se o seu trabalho faz parte de um todo; Três itens foram usados, um exemplo de um item é: "Sente que o seu trabalho é importante?" As categorias de resposta foram: 1 = a uma extensão muito grande, 2 = a uma extensão grande, 3 = um pouco, 4 = em pequena medida, 5 = a uma extensão muito pequena. *Involvement* (envolvimento) foi medido por uma escala de quatro itens, um exemplo de um item é: "Sente que seu local de trabalho é de grande importância pessoal para você?" Categorias de resposta foram: 1 = a uma extensão muito grande, 2 = a uma extensão grande, 3 = um pouco, 4 = em pequena medida, 5 = a uma extensão muito pequena. *Job satisfaction* (Satisfação no trabalho) foi medida usando uma escala de cinco itens. Um exemplo de um item é: "'quão satisfeito você está com seu trabalho como um todo, levando tudo em consideração?" As categorias de resposta foram 1 = muito satisfeito, 2 = satisfeito, 3 = insatisfeito, 4 = altamente insatisfeito. *Well-being* (Bem-estar) com 5 itens, esta escala mede o grau de felicidade e estado de espírito em que os empregados estão, por exemplo, "positivo e vivaz". Um

	exemplo de um item é: '"você tem se sentido ativo e enérgico nas duas últimas semanas?" Categorias de resposta foram: 1 = o tempo todo, 2 = na maioria das vezes, 3 = um pouco mais da metade das vezes, 4 = um pouco menos da metade do tempo, 5 = apenas um pouco do tempo, 6 = de jeito nenhum. Para escalas com cinco categorias de resposta, houve inversão em alguns itens, e as respostas foram transformadas de modo que 1= 0; 2= 25; 3= 50; 4=75; e 5 =100. Para escalas com quatro categorias de resposta, as respostas foram transformadas, sendo que 1=0; 2= 33; 3=66; e 4=100. O objetivo deste foi com o intuito de aumentar a clareza na interpretação dos resultados.
Resultados	A modelagem da equação estrutural (*SEM*) foi utilizada neste estudo, por permitir que o pesquisador desenvolva uma compreensão completa das interações entre os aspectos do trabalho e o bem-estar, a chamada abordagem sistêmica. O *SEM* torna possível testar interações entre preditores e resultados. Isto é ideal para testar mecanismos de mediação. O estilo de liderança transformacional foi intimamente associado com as condições de trabalho, com o envolvimento e a influência. Os participantes do estudo eram predominantemente femininos (93%), sua idade média foi de 44 (SD = 11-13), e eles tinham trabalhado em seu local atual de trabalho por 12 anos em média. A maioria era assistente de saúde (62%), 12% eram enfermeiros, 18% tinham outra educação de saúde e os restantes 8% não tinham educação em saúde. O envolvimento foi associado com a satisfação no trabalho, associado com o bem-estar. No entanto, as condições de trabalho estão estreitamente correlacionadas com todas as outras categorias. Assim, os mecanismos mediadores podem operar através de diferentes condições de trabalho. Também foi descoberto resultado direto entre o comportamento de liderança e bem-estar do empregado.
Conclusões	Considerando-se as condições de trabalho sem estudar o comportamento de liderança (ou vice-versa) pode revelar uma imagem incompleta do impacto do trabalho e as relações de trabalho no bem-estar. Intervenções trabalho redesign com foco na influência podem se beneficiar da consideração de gestores de formação para exercer comportamentos de liderança transformacional.
Instrumentos utilizados	*Global Transformational Leadership Scale;Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)*

Quadro 40 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 16 **Título**	*The mediating effects of team and self-efficacy on the relationship between transformational leadership, and job satisfaction and psychological well-being in healthcare professionals: A cross-sectional questionnaire survey.*
Autor(es)	NIELSEN Karina; YARKER Joanna; RANDALL, Raymond; MUNIR, Fehmidah.
Periódico	*International Journal of Nursing Studies*. 2009; (46) 1236–1244
Ano/País	2009/Dinamarca
Objetivos	Examinar dois mecanismos psicológicos possíveis que ligam comportamentos de liderança transformacional à satisfação do trabalho e bem-estar do empregado.
Detalhamento Amostral	274 trabalhadores de serviços para cuidados com idosos do governo dinamarquês.
Detalhamento Metodológico	O estudo utilizou um desenho transversal. Os participantes foram convidados a responder sobre a sua autoeficácia, eficácia da equipe, saúde e bem-estar e convidados a avaliar o seu gerente imediato (gerente de linha) em uma variedade de comportamentos de liderança referenciados na liderança transformacional que tem se mostrado importante para operar neste nível de gestão. Pesquisa por questionário na Dinamarca não exige a aprovação por comitês de ética e, portanto, a aprovação não foi procurada. No entanto, o estudo foi aprovado pela Agência de Proteção de Dados dinamarquesa seguindo os regulamentos para armazenamento e proteção de dados. Além disso, antes do preenchimento do questionário, os participantes receberam informações sobre o estudo e ficou claro que a participação seria voluntária. Os participantes devolveram os questionários preenchidos diretamente para o grupo de pesquisa. A *Global Transformational Leadership Scale,* utilizada para medir a liderança transformacional, sendo constituída por sete itens, apresentando elevado grau de validade convergente mais estabelecido do que em questionários mais longos já existentes, como o *Multifactor Leadership Questionairre e Leadership Practice Inventory.* Um exemplo de item foi: "Meu líder incentiva a pensar sobre os problemas de novas maneiras e permite realizar perguntas". As categorias de resposta foram: 1) a um nível muito extenso; 2) para uma grande extensão; 3) um pouco 4) com uma pequena extensão; e 5) a uma extensão muito pequena. Para *Self Efficacy* **(**Autoeficácia), foram usados os 7 itens de medida, um exemplo de item foi: "Posso sempre conseguir resolver problemas difíceis se eu tentar "ser duro" o suficiente". As categorias de resposta foram: 1) exatamente verdadeiro; 2) moderadamente verdadeiro; 3) dificilmente verdadeiro; e 4) não é de todo verdade. A *Team efficacy* é composta por uma escala de quatro itens. Um exemplo de item é: "o meu grupo é capaz de resolver tarefas difíceis, se investimos o esforço necessário". As categorias de resposta foram: 1 = sempre; 2 = muitas vezes; 3 = às vezes; 4 = raramente; 5 = quase nunca/nunca. Para as análises, a escala foi invertida de forma que um valor elevado representa um elevado nível de eficácia de equipe. As duas escalas seguintes foram retiradas do *Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ*. No caso, *Well-being* (bem-estar) com 5 itens é uma escala que mede o grau em que os empregados estão em estado de espírito e felicidade, por exemplo, "positivo e vivaz". Um exemplo de um item é: '"você tem se sentido ativo e enérgico nas duas últimas semanas?". As categorias de resposta foram: 1 = o "tempo todo", 2 = "na maioria das vezes"; 3 = "um pouco mais da metade das vezes"; 4 = "um pouco menos da metade do tempo"; 5 = "apenas um pouco do tempo"; 6 = "de jeito nenhum". Para as análises, a escala foi invertida de modo que o valor elevado representa um elevado nível de bem-estar. *Job satisfaction* (Satisfação no trabalho). Foi medida usando uma escala de cinco itens, sendo um exemplo de um item: "quão satisfeito você está com seu trabalho como um todo, sendo tudo levado em consideração?" As categorias de resposta foram 1 = "muito satisfeito", 2 = "Satisfeito"; 3 = "insatisfeito"; 4 = "altamente insatisfeito".

Resultados	Ambas, equipe e autoeficácia, foram apontadas para atuar como mediadores, no entanto, os seus efeitos diferem entre si. A autoeficácia apareceu como mediador total na relação entre liderança transformacional e bem-estar, enquanto a eficácia da equipe foi encontrada como mediador parcial da relação entre liderança transformacional e satisfação no trabalho.
Conclusões	Dentro do ambiente pressurizado enfrentado pelos trabalhadores na saúde, os líderes transformacionais podem ajudar a garantir a satisfação no trabalho dos funcionários e bem-estar psicológico. Eles fazem isso por meio da criação de uma sensação de estarem controlados como indivíduos, assim como também demonstrando serem parte de um grupo competente.
Instrumentos utilizados	*Global Transformational Leadership Scale*

Quadro 41 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relação entre liderança e a saúde ou bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 22 Título	*Is servant leadership useful for sustainable Nordic health care?*
Autor(es)	GUNNARSDÓTTIR, Sigrún
Periódico	Nursing Science-Vård I *Norden*.2014; (112), v. 34; p. 53–55.
Ano/País	2014/Islândia
Objetivos	Realizar um estudo sobre as percepções dos funcionários de cuidados de saúde para idosos em relação aos gerentes de enfermagem que utilizam a liderança servidora em seu ambiente de trabalho e investigar se haveria alguma ligação entre elementos de liderança servidora e melhores resultados da equipe.
Detalhamento Amostral	Pessoal de enfermagem (n = 138), enfermeiros e assistente de enfermagem, trabalhando em departamentos clínicos de hospitais regionais islandeses. Após dois lembretes enviados aos participantes que não retornaram com os questionários, obteve-se uma taxa de resposta de 65% (n = 138) sendo esta a amostra final.
Detalhamento Metodológico	Estudo transversal e descritivo, que incluiu todo o pessoal de enfermagem (n = 211) amostra inicial, trabalhando em departamentos clínicos de hospitais regionais islandeses. Após dois lembretes enviados aos participantes que não retornaram com os questionários, obteve-se uma taxa de resposta de 65% (n = 138) sendo esta a amostra final. A coleta de dados foi realizada no outono de 2009 em quatro hospitais regionais na Islândia, principalmente os que prestam cuidados a idosos. Desse modo foi enviado um questionário para os profissionais de saúde que prestam cuidado de enfermagem nestes quatro hospitais. Supõe-se que a alta percepção de características de liderança servidora entre gerentes de enfermagem está positivamente relacionada com o pessoal de enfermagem quanto à satisfação no trabalho. O questionário foi dividido em três partes. 1) A primeira parte é uma versão islandesa do instrumento holandês o *Dutch instrument Servant Leadership Survey (SLS)* que avalia a percepção do pessoal de enfermagem em relação ao comportamento de liderança de seu superior. O instrumento *SLS* consiste em 30 perguntas em uma escala de *Likert* de seis pontos (concordo - discordo totalmente) relativo com a vontade de servir, prestação de contas, concessão, coragem, perdão, autenticidade, humildade e gestão, embasadas na literatura a respeito de líderes servidores. A validade e confiabilidade do *SLS* foram apresentadas neste estudo; 2) a segunda parte do questionário foi uma pergunta de item único na satisfação no trabalho sobre o nível de satisfação com o trabalho atual em uma escala de Likert de quatro pontos, variando de concordar a discordar, onde 1 = concorda e 4 = discorda. Esta questão de item único tem sido previamente utilizada e testada, indicando que itens individuais são úteis para medir a satisfação no trabalho como uma construção global. 3) a terceira parte refere-se às características demográficas, incluindo a idade, anos de experiência no trabalho atual, o trabalho gerencial, ocupação (enfermeira, enfermeira assistente, outros) e proporção de tempo de trabalho. O estudo foi aprovado pelos hospitais, e também foi relatado para o *Icelandic* Comissão de Proteção de Dados.
Resultados	Os resultados deste estudo apoiam descobertas anteriores sobre a correlação significativa entre a liderança servidora e a satisfação no trabalho, tal como apresentado em um estudo multicêntrico holandês com base no mesmo instrumento, e em estudos de saúde recentes baseados em outros instrumentos de liderança servidora. Os achados fortalecem ainda mais a evidência sobre a importância da liderança servidora entre gestores hospitalares para a satisfação no trabalho dos profissionais de saúde. Os fatores do *SLS* mais fortemente relacionados com o pessoal de enfermagem em relação à satisfação no trabalho foram: a humildade, concessão, responsabilidade e autenticidade como características correspondentes à liderança servidora.
Conclusões	Este estudo confirma a importância da liderança servidora para a sustentabilidade da assistência nos serviços de saúde com foco na confiança, parceria e liderança de

	apoio. Estas características de liderança têm o potencial para reforçar a confiança, a coesão social, o compartilhamento de objetivos e capital social. Isto pode representar uma estratégia interessante e valiosa para os líderes, no contexto do desafiador ambiente de serviços de saúde atual. Em particular, a filosofia de liderança servidora pode ser significativa para a sustentabilidade dos serviços de saúde nórdicos e fundamentada em valores democráticos e culturais, que são as pedras angulares do bem-estar da sociedade nórdica. É importante continuar a investigar a relevância e eficácia deste estilo de liderança em ambientes de cuidados de saúde nórdicos e, em particular, investigar possíveis ligações com o desempenho e melhores resultados para os pacientes. A literatura sugere que líderes servidores devam assumir suas funções e responsabilidades, mas eles não se levam muito a sério. Para o autor do estudo permanece a questão se os líderes de serviços de saúde nórdicos estão prontos para investir em um modelo onde o foco é principalmente sobre as necessidades dos doentes e do pessoal de enfermagem, e essas necessidades são primariamente iguais entre si.
Instrumentos utilizados	*Areas of Worklife Scale (AWS); Servant Leadership Survey (SLS)* islandês

Quadro 42 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relação entre liderança e a saúde ou bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 24 Título	*¿Cómo el liderazgo transformacional de supervisoras de enfermería afecta el burnout de enfermeras clínicas? evidencia de dos hospitales chilenos*
Autor(es)	PUCHEU, Andrès
Periódico	*Ciencia & Trabajo*. 2010, ano 1 2 ,n.3 8 out-dez, p.403.
Ano/País	2010/Chile
Objetivos	O objetivo deste artigo foi realizar um estudo sobre a relação entre liderança transformacional na supervisão de enfermeiros e os níveis de Burnout (uma síndrome que inclui percepções negativas associadas com as possibilidades de realização, exaustão emocional e despersonalização expressa pelos subordinados desses supervisores).
Detalhamento Amostral	Os resultados qualitativos foram obtidos em quatro oficinas, duas com participação de enfermeiros supervisores (n = 32) e duas de enfermeiros clínicos subordinados (total n = 43). Os dados quantitativos apresentados foram fornecidos por um total de 259 enfermeiros empregados com contrato permanente em um hospital público (n = 74) e um hospital privado (n = 185).
Detalhamento Metodológico	Estudo Transversal. Foram utilizados os instrumentos: *Liderazgo de Rango Total (MLQ),* versão chilena do *MLQ*- 5X, e o *Cuestionario de Burnout de Maslach (MBI).* O processo incluiu reuniões prévias com diretores dos hospitais participantes, para explicar os objetivos e procedimentos da investigação. Posteriormente, realizaram entrevistas individuais com as supervisoras e reuniões menores com as enfermeiras dos serviços. Os questionários foram entregues a cada enfermeira em um envelope, os quais foram devolvidos fechados. O convite para as oficinas foi aberto a todos os participantes e a sua participação voluntária. Considerando que os temas de liderança e Burnout possuem implicações na avaliação de desempenho e nas atribuições da personalidade, o que poderia gerar viés nas respostas aos questionários e participação em entrevistas e workshops, não foi pedido aos participantes que registrassem seus dados demográficos.
Resultados	Os pontos de vista obtidos suportam a ideia de que a liderança do supervisor afetaria o nível de *Burnout* do subordinado. No entanto, essa influência é relativamente pequena e pode ser mediada não só pela capacidade de servir como um modelo, que afeta as percepções e processos afetivos, através de conversas individuais, como sugeridos por modelos de liderança e *coaching*, mas também através do seu impacto sobre a coesão do grupo subordinado.
Conclusões	Os autores apontam que o *Burnout* é um tópico de fato relevante no meio da saúde, e que os resultados mencionados anteriormente permitem concluir que: 1) O tipo de liderança do supervisor afeta o nível de Burnout do subordinado. 2) A influência da enfermeira supervisora aos subordinados é moderada tanto por variáveis associadas à estrutura do hospital como à percepção geral sobre a relação construída entre o supervisor e o subordinado. 3) A capacidade do supervisor para influenciar o subordinado se expressa não apenas para servir como modelo e conversas individuais com os subordinados, também, devem ser consideradas no impacto de ações para facilitar a criação de um grupo coeso.
Instrumentos utilizados	*MLQ-5X- curto chileno; Cuestionario de Burnout de Maslach (MBI)*

Quadro 43 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 31 **Título**	*Authentic leadership and psychological well-being at work of nurses: The mediating role of work climate at the individual level of analysis*
Autor(es)	NELSON, Kátia; BOUDRIAS, Jean-Sébastien; BRUNET, Luc; MORIN, Denis; DE CIVITA, Mirela; SAVOIE, André; ALDERSON, Marie.
Periódico	*Burnout Research* 1 (2014) 90–101
Ano/País	2014/Canadá
Objetivos	Objetivou o aprofundamento sobre compreensão de bem-estar psicológico entre enfermeiros avaliando o papel de liderança autêntica e o clima de trabalho. Mais especificamente examinar a possibilidade da ligação entre a liderança autêntica e bem-estar psicológico, considerando o efeito da mudança no clima. Reforçar a compreensão testando este processo mediador de como o líder autêntico impacta no bem-estar dos seguidores. Os objetivos partiram das seguintes hipóteses: Hipótese 1- Liderança autêntica estará relacionada positivamente com o bem-estar psicológico no trabalho. Hipótese 2- Liderança autêntica estará relacionada positivamente com o clima organizacional. Hipótese 3- O clima organizacional estará positivamente relacionado com o bem- estar no trabalho. Hipótese 4- Clima organizacional mediará a relação entre liderança autêntica e bem-estar psicológico no trabalho.
Detalhamento Amostral	406 enfermeiros.
Detalhamento Metodológico	Estudo transversal e prospectivo. Os dados foram coletados de design através de dois *Web surveys* criados usando *Survey Monkey*, ambas as pesquisas incluíram protocolo de segurança SSL. Foi empregado um delineamento não experimental (ocorreram duas coletas de dados durante os seis meses), com o qual se reduz o risco de viés da variância comum. A população-alvo foi composta por enfermeiros da província de Quebec (Canadá). A primeira coleta de dados ocorreu entre 2 e 16 de maio de 2011. A segunda foi realizada entre os dias 7 e 19 de novembro de 2011. Somente os respondentes que indicaram interesse em participar foram solicitados a participar novamente seis meses depois. No primeiro tempo (tempo 1), foi utilizado o Instrumento de medida *Authentic Leadership*, traduzido e validado para o francês a partir do *Authentic Leadership Questionnaire (ALQ)***,** usado para verificar comportamentos de liderança autêntica nos supervisores. A escala possui 12 itens com quatro dimensões: 1) autoconsciência (3 itens), 2) processamento equilibrado (3 itens), 3) transparência nas relações (3 itens) e 4) Perspectiva moral internalizada (3 itens). Usando as pontuações de uma escala Likert de 0 a 5 pontos. As percepções de clima de trabalho foram verificadas usando um mediador de variável "clima" (tempo1); O "bem-estar psicológico" foi medido (tempo 2) usando a escala *psychological well-being at work***.** Controle de variáveis de características demográficas foi medido no tempo 1. Foi utilizada estatística descritiva, avaliação da normalidade e correlações entre variáveis. Desse modo, utilizou-se análise de correlação para verificar as associações entre as variáveis sociodemográficas (idade, educação, horas trabalhadas por semana, tempo de serviço atual, frequência e contato com o supervisor, número de funcionários por unidade de trabalho) e as variáveis do modelo do estudo. Análise ANOVA foi usada para verificar as associações entre as variáveis categóricas (sexo, situação profissional, turno de trabalho e setor que trabalham) e as variáveis do modelo do estudo.
Resultados	Resultados ANOVA mostraram diferenças estatisticamente significantes. Finalmente, pressupostos adicionais relacionados com a análise de regressão foram verificados. Todas as variáveis do modelo foram distribuídas conforme indicado pelos valores de assimetria e *Kurtosis*. Inspeção da matriz de correlação confirma a ausência de singularidade e multilinearidade. Além disso, as suposições de linearidade e homocedasticidade foram atendidas. Os resultados mostram uma ligação entre liderança autêntica e bem-estar no trabalho. A análise de mediação simples revelou que a liderança autêntica influencia indiretamente o bem-estar psicológico no trabalho de enfermeiros através do seu impacto sobre o clima de trabalho. No

	entanto, o clima no trabalho agiu como um mediador da relação entre a liderança e o bem-estar. Os resultados oferecem uma perspectiva diferente no sentido de que esta foi a primeira vez que foi testada a ligação entre a liderança autêntica e bem-estar psicológico através do clima de trabalho.
Conclusões	A análise da mediação se deu com o uso de uma técnica de *Bootstrapping*. O estudo revelou que o trabalho medeia a relação entre o clima, a liderança autêntica e o bem-estar no trabalho. Estes resultados indicam que a liderança autêntica impacta no clima de trabalho de forma positiva; desse modo, deve-se aumentar o bem-estar psicológico no trabalho. Os autores recomendam incluir clima de trabalho como uma variável mediadora quando se estudam as consequências de liderança, mais especificamente quando a relação de bem-estar ou sofrimento (esgotamento, depressão, etc.) é o foco dos resultados.
Instrumentos utilizados	*Authentic Leadership Questionnaire (ALQ)* francês

Quadro 44 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 33 **Título**	*Situational Leadership Styles, Staff Nurse Job Characteristics Related to Job Satisfaction and Organizational Commitment of Head Nurses Working in Hospitals under the Jurisdiction of The Royal Thai Army.*
Autor(es)	INTARAPRASONG, Bhusita; POTJANASITT, Sureporn; PATTARAARCHACHAI, Junya; MEENNUCH, Chavalit.
Periódico	*Journal Med. Assoc. Thai*. Vol. 95 Supl. 6 2012
Ano/País	2012/Tailândia
Objetivos	Objetivo do presente estudo foi analisar a relação entre os estilos de liderança situacional, as características do trabalho da equipe de enfermagem, com a satisfação no trabalho e o comprometimento organizacional dos enfermeiros-chefes que trabalham em hospitais sob a jurisdição do Exército Real Tailandês.
Detalhamento Amostral	Participaram 117 enfermeiras-chefes que trabalham em um hospital sob jurisdição do Exército Real Tailandês
Detalhamento Metodológico	Estudo analítico transversal. Realizada aplicação de questionários formulados a partir de uma revisão da literatura, dividida em quatro partes: a parte 1 foi composta pelo questionário de Job *Satisfaction Questionnaire* (satisfação do trabalho) e os questionários de comprometimento organizacional o *Organizational Commitent Questionnaires*. Foram aplicados a medida de satisfação chamada "Questionário de satisfação de Minnesota" ou originalmente *Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ)* e o questionário de comprometimento organizacional de “Meyer and Allen’s”. Na parte 2, foi aplicado o Questionário do estilo de liderança situacional da enfermeira-chefe. Foram aplicados o conceito e a teoria de *Hersey* e *Blanchard*, a fim de construir questionários sobre o estilo de liderança situacional das enfermeiras-chefes. Foram usadas, para avaliar o estilo primário e secundário, a flexibilidade e adaptabilidade de estilo de liderança do enfermeiro-chefe. Na parte 3, foi aplicada a medição das declarações que indicam as tarefas das enfermeiras chamadas de “Índice de característica do trabalho da enfermeira” originalmente *Job Characteristic Index (SNJCI).* Tais declarações foram conduzidas pelo relacionamento entre SNJCI, o *Job Descriptive Survey (JDS)* e *Critical psychological states (CPS)***.** Os autores verificaram que 27 de 100 itens do *SNJCI* estão significativamente relacionados com as outras escalas. Portanto, este instrumento pode ser usado para medir a característica de trabalho relativa às variáveis de habilidade, identificação da tarefa, significado da tarefa, autonomia, *feedback* do trabalho, o *feedback* dos agentes e interação necessária. Finalmente a parte 4 abordou sobre as características demográficas das amostras, tais como idade, estado civil, maior nível de escolaridade, experiência de trabalho e experiência e a posição da enfermeira-chefe.
Resultados	Verificou-se que os estilos de liderança situacional não se correlacionaram com a satisfação no trabalho e comprometimento organizacional dos enfermeiros-chefes. As características do trabalho da equipe de enfermagem tiveram um baixo nível de correlação com a satisfação no trabalho e comprometimento organizacional dos enfermeiros-chefes com 0,05 de nível de significância (r = 0,202, respectivamente, e 0,189). Além disso, a variedade de habilidades foi significativamente negativa em relação com a satisfação do trabalho (r = -0,184) e três das sete subdimensões das características do trabalho do pessoal enfermagem (autonomia, *feedback* dos agentes e necessidade de interação) estão significativamente positivas em relação com a satisfação no trabalho. Pode-se observar que não houve relação entre as características do trabalho do pessoal de enfermagem com o comprometimento instrumental e subdimensão do comprometimento organizacional.

Conclusões	De acordo com os resultados deste estudo, verificou-se que estilos de liderança situacional não tinham relação com satisfação no trabalho e comprometimento organizacional.
Instrumentos utilizados	*Satisfaction Questionnaire; Organizational Commitent Questionnaires; Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ); Job Characteristic Index (SNJCI); Job Descriptive Survey (JDS)*; *Critical psychological states (CPS) Leadership Effectiveness and Adaptability Description (LEAD).*

Quadro 45 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 37 Título	*The relationship between managers' leadership styles and emergency medical technicians' job satisfaction*
Autor(es)	GHORBANIAN, Azimed; BAHADORI, Mohammadkarim; NEJATI, Mostafa.
Periódico	*Australasian Medical Journal* . 2012; (5), 1,p 1-7.
Ano/País	2015/Irã
Objetivos	Este estudo foi realizado com o objetivo de investigar a relação entre estilos de liderança dos gerentes e satisfação no trabalho dos técnicos em emergência médica.
Detalhamento Amostral	A população da pesquisa incluiu 21 gerentes e 87 técnicos de emergência médica trabalhando em 23 estações na cidade de Isfahan, Irã
Detalhamento Metodológico	Este é um estudo transversal e descritivo, que foi realizado em 2010. As principais ferramentas para coleta de dados foram o *Multiple Leadership Questionnaire(MLQ)* que foi utilizado para avaliar os estilos de liderança, e o *Job Descriptive Index* que foi usado para medir o nível de satisfação do trabalho. Estes questionários foram amplamente utilizados em trabalhos de investigação relacionados a mensurar vários aspectos dos estilos de liderança e satisfação no trabalho. O questionário foi então formado combinando as perguntas relacionadas com os estilos de liderança transformacional, transacional e *laissez-faire*, e consistia de 36 perguntas, medidas de acordo com um formato de escala *Likert* de cinco pontos, ou seja, de "sempre", "frequentemente", "às vezes", "raramente" e "nunca". O questionário foi elaborado em dois formatos: um para os gerentes (para identificar o seu estilo de liderança em sua própria perspectiva) e outro para os seguidores (determinar os estilos de liderança de seus gerentes). Após a coleta, dados foram analisados utilizando o software *SPSS*. O estilo de liderança dos gerentes foi avaliado de duas maneiras: 1) gestores avaliando seu estilo de liderança, respondendo ao questionário preparado para gerentes. 2) os seguidores (técnicos) avaliaram o estilo de liderança de seus gerentes. Então, teste t - student foi aplicado para comparar o estilo de liderança dos gerentes como determinado pelos seguidores que técnicos de emergência que trabalham no *Emergency Medical Services (EMS).* O teste de análise de correlação de *Pearson* foi usado também para avaliar a relação entre a satisfação de trabalho e estilo de liderança.
Resultados	Tanto na opinião dos gestores de si mesmos, como o parecer dos técnicos (seguidores), a média mais alta para o estilo de liderança dos gerentes pertencia ao estilo de liderança transformacional, e a menor média foi observada para o estilo de liderança *laissez-faire*.
Conclusões	Entre os gestores e técnicos, a pontuação média mais alta foi relacionada com o estilo de liderança transformacional. Considerando que a menor pontuação média foi relacionada com o estilo de liderança *laissez-faire*. Além disso, uma relação significativa ($P < 0,01$) foi encontrada entre os estilos de liderança transformacional e transacional e satisfação no trabalho. Entretanto, nenhuma relação significativa foi observada entre a satisfação de trabalho e estilo de liderança *laissez-faire*.
Instrumentos utilizados	*MLQ-5X Tailandês; Job Descriptive Index*

Quadro 46 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

Estudo 38 **Título**	*Relationship Between Nursing Managers' Leadership Styles and Nurses' Job Burnout: A Study at Shahid Dr. Faghihi Hospital, Shiraz, Iran*
Autor(es)	EBRAHIMZADE, Najme; MOOGHALI, Arileza; LANKARANI, Kamran B.R.; SADATI, Ahmad K.
Periódico	*Shiraz E-Med J*. 2015; 16(8):e27070
Ano/País	2015/Irã
Objetivos	O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre estilos de liderança dos gerentes de enfermagem e Burnout nos enfermeiros.
Detalhamento Amostral	207 enfermeiros
Detalhamento Metodológico	Este estudo transversal descritivo foi realizado no *Shahid Dr.Faghihi Hospital, Shiraz*, em 2011. As enfermeiras preencheram um questionário sobre suas características sociodemográficas, o inventário de Burnout de Maslach e o questionário de liderança *(MLQ*). O inventário de *Burnou*t de *Maslach* é o medidor de Burnout mais amplamente utilizado. O formulário atual contém 22 itens, dos quais 9 itens se reportam à exaustão emocional, 5 itens acordos com despersonalização e 8 itens medida reduzida de realização pessoal dentro da profissão. Foi encontrado alfa de Cronbach (uma medida de consistência interna) de (0,73; 0,81 e 0,70) para exaustão emocional, despersonalização e redução de realização pessoal, respectivamente. A versão mais recente do *MLQ* contém 36 perguntas que examinam o comportamento transformacional, transacional e estilos de liderança *laissez faire*. Em estudos anteriores, foi mostrado que este questionário tem confiabilidade adequada com coeficientes alfa de *Cronbach* de (0,80; 0,76 e 0,95) para as subescalas sobre estilos de liderança transformacional, transacional e *laissez-faire*, respectivamente, no contexto do Irã. Os dados coletados foram analisados com *SPSS 19* t-testes via independentes, uma análise de variância *One-Way* de variância e análise de correlação de *Pearson*. O limiar de significância foi de 0,05. Análise de regressão múltipla foi realizada para determinar os mais fortes preditores de *Burnou*t usando coeficientes *beta*.
Resultados	Os escores de *Burnou*t para exaustão emocional foram acima da média (27,26), para a despersonalização foram baixos (5,96), e para redução da realização pessoal foram elevados (30,85). Além disso, a liderança transformacional (P = 0,03) e liderança transacional (P = 0,04) tiveram uma relação negativa significativa com o B*urnou*t total, e também com exaustão emocional (valor de P = 0,01) e despersonalização (P = 0,003). A liderança *laissez-faire* apresentou uma relação negativa significativa com a redução da realização pessoal (P = 0,004).
Conclusões	Este estudo lança luz sobre o papel efetivo de liderança transformacional na melhoria da gestão de enfermagem, reduzindo o desgaste entre os enfermeiros. Porque este estilo de liderança aumenta a criatividade e motivação entre os enfermeiros, que pode diminuir o Burnout. A liderança transacional, por causa de sua ênfase na colaboração, também, reduz a síndrome de *Burnout*. Portanto, uma combinação destes dois estilos pode reduzir o esgotamento dos enfermeiros.
Instrumentos utilizados	*MLQ-5X*-Iraniano; Inventário de *Burnout* de *Maslach*

Quadro 47 - Síntese dos dados do estudo primário classificado na categoria relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, de acordo com título, autores, periódico, ano, país, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão

5.3 Caracterizações dos estudos primários

Dos 38 estudos primários eleitos nesta revisão integrativa, cujo intuito foi o de analisar as evidências disponíveis na literatura sobre a utilização de instrumentos para a avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem, tomando por base as publicações em periódicos nacionais e internacionais nos últimos dez anos, observou-se que, nos anos de 2014 e 2015, ocorreu o maior número de publicações, perfazendo um total de 18,4% (07) artigos, respectivamente. A segunda maior frequência ocorreu no ano de 2013, com 10,5% (04) artigos, de acordo com o quadro 48.

Ano	Número de publicações	%
Ano 2016	2	5,3
Ano 2015	7	18,4
Ano 2014	7	18,4
Ano 2013	4	10,5
Ano 2012	2	5,3
Ano 2011	3	7,9
Ano 2010	3	7,9
Ano 2009	3	7,9
Ano 2008	3	7,9
Ano 2007	2	5,3
Ano 2006	2	5,3
Total	38	100

Quadro 48 – Distribuição do número de estudos, de acordo com o ano

Em relação às bases de dados, o CINAHL, com 44,7% (17) dos artigos**,** liderou com a maioria dos artigos selecionados para este estudo, ao passo que foram encontrados 21,1% (08) artigos na Embase, 18,4% (07) artigos na Lilacs e 15,8% (06 artigos) na Pubmed. Esta última, mesmo se tratando de uma base de dados que propõe amplitude, trouxe poucos artigos indexados que abordem sobre o tema.

Cabe destacar que uma das possibilidades para o elevado número de publicações no CINAHL pode ser devido a esta se tratar de uma base específica aos profissionais de enfermagem, que também se destacaram como a maioria dos autores neste estudo, apresentando 57,9% das publicações, seguida de profissionais da psicologia com 23,7% das publicações.

Profissão	número	%
Administração	2	5,3
Enfermagem	22	57,9
Medicina	5	13,2
Psicologia	9	23,7
Total	38	100

Quadro 49 – Distribuição do número de estudos, de acordo com a formação acadêmica dos autores

Titulação	Número	%
Mestrado	6	16
Doutorado	32	84
Total	38	100

Quadro 50 – Distribuição do número de estudos, de acordo com a titulação do primeiro autor

O Quadro 50 apresentou a distribuição para a titulação do primeiro autor, havendo destaque para aqueles com título de doutor, perfazendo um total de 84% (32), seguido do título de mestre com 16% (06).

Em relação composição da amostra dos estudos publicados, observou-se que houve destaque para os enfermeiros, aparecendo em 17 estudos; em seguida, encontram-se empatados estudos em que amostra consiste de profissionais da saúde em geral (04 estudos), e enfermeiros e técnicos de enfermagem (04 estudos), havendo uma distribuição nos outros estudos para a combinação de enfermeiros e outros profissionais, conforme mostra o Quadro 51.

Cargo ou ocupação	N	%
Enfermeiros	17	44,7
Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem	4	10,7
Enfermeiros, Médicos e outros profissionais	3	7,8
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	1	2,6
Médicos	3	7,8
Gestores em geral	3	7,8
Profissionais da saúde em geral	4	10,7
Docentes	2	5,3
Graduandos de enfermagem	1	2,6
	38	100

Quadro 51 – Distribuição do número de estudos, de acordo com a composição da amostra

Periódicos	Número de estudos encontrados	%
Acta Medica Iranica	1	2,6
Australasian Medical Journal	1	2,6
Burnout Research	1	2,6
Einstein	1	2,6
Journal of Healthcare Management	1	2,6
Nursing Education Perspectives	1	2,6
Nursing Science-Vård I Norden	1	2,6
Postgrad Med Journal	1	2,6
Psychiatr Service	1	2,6
Acta Paul Enferm.	1	2,6
Avaliação Psicológica.	1	2,6
Avances em Enfermeria	1	2,6
Ciencia & Trabajo	1	2,6
International Journal of Nursing Studies	2	5,3
J Med Assoc Thai	1	2,6
Journal of Advanced Nursing	4	10,5
Journal of Clinical Nursing	1	2,6
Journal of Evaluation in Clinical Practice	1	2,6
Journal of Interprofessional Care	1	2,6
Journal of Nursing Education.	1	2,6
Journal of Nursing Management	7	18,4
Journal of Surgical Research	1	2,6
Rev. Esc. Enferm. USP	3	7,9
Revista Gaúcha de Enfermagem.	1	2,6
Shiraz E-Med Journal	1	2,6
Subst Use Misuse	1	2,6
TOTAL	38	100,0

Quadro 52 – Distribuição do número de estudos, de acordo com o veículo de divulgação

Em relação ao veículo de divulgação, verificou-se que houve uma grande dispersão na distribuição. Dentre os periódicos que apresentaram o maior número de publicações, merece destaque o *Journal of Nursing Management* com uma porcentagem de 18,4% (07 artigos), em segunda posição o *Journal of Advanced Nursing* com 10,5% (04 artigos), seguido da Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo com 7,9% (03 artigos) das publicações, conforme demonstrado no Quadro 52.

Uma vez mais a enfermagem se destaca com o maior número de estudos e, neste caso, os veículos que apresentaram maior número de publicações foram revistas de enfermagem.

País	Ano	Número de publicações	%
Austrália	2006-2016	1	2,6
Brasil	2006-2016	7	18,4
Canadá	2006-2016	7	18,4
Chile	2006-2016	1	2,6
China	2006-2016	1	2,6
Colômbia	2006-2016	1	2,6
Dinamarca	2006-2016	3	8,0
Estados Unidos	2006-2016	6	15,9
Finlândia	2006-2016	1	2,6
Inglaterra	2006-2016	2	5,3
Irã	2006-2016	3	8,0
Irlanda	2006-2016	1	2,6
Islândia	2006-2016	1	2,6
Suécia	2006-2016	1	2,6
Suíça	2006-2016	1	2,6
Tailândia	2006-2016	1	2,6
Total		38	100

Quadro 53 – Distribuição do número de estudos, de acordo com o país de divulgação

Dos estudos primários desta revisão integrativa, grande parte foi publicada no Brasil e Canadá, com a mesma quantidade de publicações (18,4%), seguida dos Estados Unidos (15,9%), conforme apontado no Quadro 53.

Instrumentos Encontrados	Teorias / modelos/estilos de liderança	N
Authentic Leadership Questionnaire (ALQ)	Liderança Autêntica	5
Charismatic Leadership Socialized Scale	Liderança Carismática	1
*CLS- Clinical Leadership Survey **	Liderança Clínica	1
Coaching	Liderança Situacional	2
*Escala de Atitudes frente a Estilos de Liderança**	Transformacional e Transacional	1
Ferramenta 360º	Não apresenta	1
Global Transformational Leadership Scale	Liderança Transformacional	3
Grid Gerencial	Situacional	1
Leadership Effectiveness and Adaptability Description- LEAD	Liderança Situacional	2
LMX-leader–member Exchange	Não apresenta	2
LPI-Leadership Practices Inventory	Liderança Transformacional	6
*LRPQ-Leadership Reward and Punishment Behavior Questionnaire**	Transacional	1
MLQ-Multifactor Leadership Questionnaire	Transformacional e Transacional	10
MSF-Multisource feedback tool	Liderança Clínica	1
Quantum	Liderança Quantum	1
Servant Leadership Questionnaire (SLQ)	Liderança Servidora	1
*Servant Leadership Survey (SLS)- Leader/member exchange(LMX)**	Liderança Servidora	2
Survey of Transformational Leadership (STL)	Transformacional	1
*Transformational Leadership Inventory (TLI) - Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) **	Liderança Transformacional e Liderança Transacional	1
Total		43
* Foi usado em estudo associado a outro instrumento em liderança		

Quadro 54 – Distribuição do número de instrumentos e teorias/estilos de liderança encontrados

Dentre as várias ferramentas utilizadas para medir liderança, foram encontrados nesta RI 19 instrumentos para avaliação da liderança: o *Authentic Leadership Questionnaire (ALQ)* com 05 estudos, a *Charismatic Leadership Socialized Scale* com 01 estudo, o *Clinical Leadership Survey (CLS)* com 01 estudo, a ferramenta *Coaching* com 02 estudos, a Escala de Atitudes frente a Estilos de Liderança com 01 estudo, a Ferramenta 360º com 01 estudo, a *Global Transformational Leadership Scale* com 03 estudos, o *Grid Gerencial* com 01 estudo, o L*eadership Effectiveness and Adaptability Description* (LEAD) com 02 estudos, o *LMX-Leader–member Exchange* com 02 estudos, o *Leadership Practices*

Inventory (LPI) com *0*6 estudos, o *Leadership Reward and Punishment Behavior Questionnaire (LRPQ)* com 01 estudo,o *Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ)* com 11 estudos, *Multisource feedback tool* (MSF) com 01 estudo, o instrumento de Liderança *Quantum* com 01 estudo, o *Servant Leadership Questionnaire (SLQ) com 01 estudo, Servant Leadership Survey (SLS),* com 02 estudos, *Survey of Transformational Leadership* (STL) com 02 estudos e o *Transformational Leadership Inventory (TLI)* com 01 estudo.

As teorias/modelos/estilos de lideranças que apareceram neste estudo foram: a Liderança Transformacional citada em 22 estudos, a Liderança Transacional em 12 estudos, Liderança Situacional em 05 estudos, Liderança Servidora em 03 estudos, Liderança Autêntica em 05 estudos, Liderança *Quantum* ou Liderança quântica em 01 estudo, Liderança Carismática em 01 estudo, Liderança Clínica em 02 estudos, e os que não apresentavam nenhuma referência específica de teoria ou estilo de liderança em 03 estudos.

6 DISCUSSÃO

A partir dos resultados extraídos dos 38 estudos primários, observou-se que entre 2013 e 2015 ocorreu o maior número de publicações, o que demonstra que estudos que tratam de liderança, bem como da avaliação dessa competência têm se tornando crescente no meio científico.

Amestoy et al. (2012) apresentaram os resultados de uma revisão bibliográfica que objetivou localizar as produções científicas sobre liderança no contexto da enfermagem pelo período de dez anos (1999-2008). Como resultado, constataram que o aumento nas produções científicas ocorreu a partir do ano de 2005, o que vem corroborar a afirmação anterior, em relação ao crescente desenvolvimento de estudos dentro desta temática.

De acordo com os resultados encontrados no presente estudo, constatou-se que a maioria foi publicada no Brasil, Canadá e EUA. Assim também ocorreu em outras pesquisas, que identificaram que há um número mais expressivo de publicações nesses países, bem como na Europa.

Cummings et al. (2010), em revisão sistemática da literatura, analisaram as relações entre vários estilos de liderança e a relações de trabalho com a equipe enfermagem e o ambiente de trabalho. Dos 53 estudos incluídos, publicados entre 1985 e 2009, 32 foram realizados na América do Norte, sendo 25 nos Estados Unidos, 06 no Canadá, 01 no Canadá em parceria com os Estados Unidos, 15 na Europa, Austrália em 01 e 05 não relataram o país.

Adicionalmente, Cowden, Cummings e Profetto-Mcgrath (2011) realizaram uma revisão sistemática entre os anos de 1985 e 2010, resultando em uma amostra de 23 estudos, sendo que 15 deles foram conduzidos nos Estados Unidos, 04 no Canadá, 01 na Austrália, 01 na Alemanha, 01 Jordânia e 01 em Taiwan.

Turano e Cavazotte (2016) realizaram um estudo bibliométrico para investigar a respeito da pesquisa científica sobre a liderança publicada no *The Leadership Quarterly (LQ*), entre os anos de 2008 e 2013, sendo que em mais da metade dos trabalhos (213 = 57,9%), o autor principal pertence ao quadro docente de universidades americanas.

Já Delfino, Silva e Rohde (2009), ao analisarem a configuração da pesquisa acadêmica sobre liderança no Brasil no período de quinze anos (1995 a 2009), constataram que dos 88 estudos para análise, 80 artigos foram publicados em anais de eventos, e somente 08 artigos foram publicados em periódicos. Tal fato demonstra a escassez de publicações em periódicos relacionadas ao tema naquele período.

Para os autores, “a escassez de artigos publicados em periódicos de autores nacionais contribui significativamente para tornar os autores brasileiros que pesquisam o tema pouco conhecidos na comunidade científica”.

Dentre os artigos publicados nos diferentes países e identificados nesta revisão integrativa (38 estudos), constatou-se que a maioria utilizou na amostra profissionais enfermeiros (17 estudos). Em quatro estudos diferentes, estiveram envolvidos enfermeiros e técnicos de enfermagem, em outros quatro houve a participação de profissionais de saúde em geral, em três esteve presente nas amostras a combinação de enfermeiros, médicos e outros profissionais, outros três, com apenas médicos fazendo parte da amostra, assim como em outros três estudos somente com inclusão de gestores. Importante destacar a pequena participação de docentes e estudantes nas publicações relativas ao tema.

Tais dados corroboram os resultados encontrados no estudo de Cowden, Cummings e Profetto-Mcgrath (2011), uma vez que dos 23 estudos levantados, 18 incluíam apenas enfermeiros, e três combinaram enfermeiros e gestores de enfermagem. Apenas dois estudos incluíam um corte transversal do pessoal de saúde, cujos enfermeiros também predominavam.

Reichenpfader, Carlfjord e Nilsen (2015), no que diz respeito aos grupos de profissionais envolvidos em seu estudo de revisão sistemática, encontraram que em 11 dos 17 estudos (65%) elencados as amostras eram de profissionais de enfermagem; o restante envolveu uma variedade de profissionais de saúde (médicos, farmacêuticos clínicos, fisioterapeutas, nutricionistas e profissionais de saúde mental).

Seguindo na análise da caracterização dos estudos encontrados na revisão integrativa, no que diz respeito à teoria, modelo e/ou ao estilo adotado no referencial teórico dos estudos identificados nas bases de dados, houve destaque para a liderança transformacional.

Comprovam esse achado Reichenpfader, Carlfjord e Nilsen (2015) ao apontarem em sua pesquisa que nove dos 17 estudos abordaram sobre a liderança transformacional. Delfino, Silva e Rohde (2010) também identificaram resultados semelhantes, sendo esse modelo de liderança preponderante.

Cummings et al. (2010) consideraram que um dos pontos fortes de seu estudo foi a utilização generalizada da teoria para orientar os estudos de pesquisa. De acordo com os autores, as teorias de liderança que mais se destacaram foram a

transacional e transformacional de *Bass* e Avolio (11 estudos), seguidas das Práticas de Liderança de *Kouzes* e *Posner* (05 estudos).

A seguir, será apresentada a discussão dos estudos primários, de acordo com as categorias temáticas encontradas.

6.1 Desenvolvimento da liderança

Dos 38 estudos presentes na Revisão Integrativa, os seis estudos contemplados nesta categoria possibilitaram a identificação a respeito da importância do desenvolvimento da liderança, fazendo-se necessária a adoção de estratégias desde a formação acadêmica para que os estudantes utilizem ferramentas para se desenvolverem enquanto futuros líderes.

No contexto da atuação profissional, tanto individual como organizacional, se faz necessária a capacitação constante, sendo de extrema importância institucional para o desenvolvimento de competências no processo de liderar.

O desenvolvimento da liderança pode ocorrer em contexos variados, e vários recursos podem ser utilizados de acordo com o levantamento deste estudo:

a) O desenvolvimento da liderança durante a formação acadêmica

De acordo com Galvão e Sawada (2005), o aprendizado sobre liderança deve ter início na graduação, a partir de conteúdos específicos e experiências vivenciadas no cotidiano da enfermagem.

A esse respeito, existem explanações em vários estudos a respeito da importância do ensino da liderança durante a formação acadêmica dos profissionais de saúde.

Balsanelli e Cunha (2016) reiteram que o aprendizado desta competência se inicia na graduação e deve ser permanente ao longo da atuação do enfermeiro, quando gerencia a equipe, recebe e fornece *feedback*, nas tomadas de decisões, nas soluções de conflitos, dentre outros, ou seja, o enfermeiro deve desenvolver-se como líder.

Com vistas a contribuir com essa formação, estudos devem ser

desenvolvidos também nacionalmente, uma vez que há evidências de que a produção científica nessa área é escassa, cuja autoria e os veículos de divulgação são predominantemente americanos (NEVES; SANNA, 2012).

Carrara et al. (2015) realizaram uma revisão integrativa da literatura com os objetivos de: analisar as produções científicas produzidas sobre o ensino da liderança nos cursos de graduação em enfermagem, após a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001; identificar os modelos de liderança abordados nos cursos de graduação em enfermagem; analisar as reflexões produzidas sobre o perfil da formação do profissional enfermeiro a partir das DCNs; analisar os desafios e dificuldades no ensino da liderança, nos cursos de graduação em enfermagem no Brasil.

Esses autores selecionaram 10 artigos publicados entre os anos de 2001 a 2014, e os resultados mostraram que os responsáveis em confeccionar as matrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem tratam superficialmente a questão da competência da liderança, uma vez que não há uma disciplina específica sobre esta temática, o que leva a uma defasagem na formação do profissional de enfermagem, prejudicando-o quando entra no mercado de trabalho. Dessa forma, fica evidenciada a necessidade de as IESs mudarem suas estratégias de aulas, adotando a Integração Docente Assistencial[1] e até mesmo uma reestruturação do Projeto Político-Pedagógico do curso e da instituição de ensino.

Neves e Sanna (2012) apresentam estratégias de ensino da liderança e programas de capacitação e desenvolvimento profissional, fazendo uso de jogos, simulações, filmes, contratos didáticos e grupos focais, além da participação de pessoas experientes, como condutoras do processo ensino-aprendizagem. Tais estratégias podem promover mudanças positivas nas pessoas, possibilitando o desenvolvimento da liderança.

Outra estratégia foi desenvolvida por Foli et al. (2014) em um estudo prospectivo que tinha como objetivo identificar a mudança de comportamentos de liderança por alunos de enfermagem e seus pares, antes e após uma experiência de aprendizagem em serviço. Os alunos completaram um questionário de liderança (autoavaliação) no início e ao final do semestre, fundamentados na teoria de liderança transformacional. Além disso, esses estudantes foram avaliados por seus

[1] Recursos utilizados pelo governo federal para aproximar o ensino e os serviços.

pares que usaram outro questionário de observador, além de responderem a perguntas sobre o serviço de aprendizagem. Esse estudo contribuiu para sustentar as evidências do "service-learning" ou aprendizagem em serviço como uma abordagem pedagógica poderosa, específica para o desenvolvimento de comportamentos de liderança entre os estudantes de graduação em enfermagem.

Outro estudo que discorre sobre a importância do desenvolvimento da liderança foi realizado na Austrália, com o objetivo de observar o impacto de um programa de mentoria em liderança clínica para proporcionar aos futuros enfermeiros o desenvolvimento dessa competência na sua prática, a partir do acompanhamento de tutores/mentores que ocupam o cargo de enfermeiros sêniores. Para o desenvolvimento do programa, várias estratégias foram utilizadas como workshops, reuniões, além da adoção de metodologia de aprendizagem-ação (LEGGAT; BALDIND; SCHIFTAN, 2015).

Para esses autores, a relevância da prática clínica e a mentoria podem ajudar os enfermeiros a transicionar para novos papéis e desenvolver conhecimentos e habilidades em liderança clínica, essencialmente para funções de práticas mais avançadas. Gerentes de enfermagem devem utilizar mais os programas de apoio a enfermeiros em sua transição para as novas funções.

Embora o programa seja designado como uma intervenção de mentoria, os candidatos lidam realmente com as questões de emprego em seu local de trabalho, assim como com sua jornada pessoal para obter sucesso na aprovação da seleção. O programa adotou uma abordagem de aprendizagem que incluía elementos de *coaching* e ações de aprendizagem, além de outras orientações (LEGGAT; BALDING; SCHIFTAN, 2015).

Apesar de se reconhecer a importância do desenvolvimento da liderança durante a formação profissional, estudos apontam que os responsáveis por confeccionar as matrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil tratam superficialmente a questão da competência da liderança, uma vez que não há uma disciplina específica sobre esta temática. Tal fato leva a uma defasagem na formação do profissional de enfermagem, prejudicando-o quando entra no mercado de trabalho, pois, embora a liderança se encontre intrinsecamente presente em alguns indivíduos, ela precisa ser trabalhada e desenvolvida pelas instituições de ensino superior (IES), para que estas formem profissionais mais qualificados.

Martin et al. (2012) afirmam que a alta heterogeneidade de conhecimento

prévio sobre liderança durante a formação profissional, é apontada como principal diferença entre a cultura de saúde suíça e britânica. Isso porque, em outros países, termos e condições para uma posição de liderança são bem definidos, o que ainda não ocorre na Suíça. Desse modo, foi observado no estudo que alguns líderes haviam concluído com êxito um programa em liderança abrangente de educação na universidade, enquanto outros não tinham nenhum aprendizado em gestão, o que levou a Suíça a considerar essa heterogeneidade dos participantes, ao planejar o conteúdo para a implementação do programa de preparação para líderes na universidade.

Para que se possa lidar com essa heterogeneidade, devem-se considerar as disparidades existentes entre o ensino e as exigências do mercado de trabalho em cada realidade, de forma a proporcionar subsídios aos enfermeiros para utilização da liderança no ambiente de trabalho, favorecendo espaços de diálogos para uma gestão participativa, autônoma e crítica nos serviços de saúde (AMESTOY et al., 2012).

Considerando a reestruturação para a formação em liderança, um estudo, realizado nos Estados Unidos por Horwitz et al. (2008), analisou dados da aplicação do questionário *Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ)* em médicos residentes de cirurgia para identificar as áreas de maior necessidade de educação em liderança na formação destes profissionais. Os autores identificaram áreas de pontos fortes e fracos de liderança destes participantes. Nesse estudo, o questionário *MLQ* demonstrou ser uma valiosa ferramenta para a identificação de áreas específicas, cuja capacitação de liderança seria mais benéfica na aplicação do currículo educacional. Há, inclusive, a recomendação para uso futuro deste instrumento, pois o mesmo poderia revelar-se útil para os programas de formação de educação de futuros cirurgiões.

Complementam Carrara et al. (2015) que entre as metodologias usadas para o ensino da liderança durante a graduação, o portfólio é muito viável como ferramenta pedagógica, por permitir o alcance das competências importantes para o exercício acadêmico e profissional do enfermeiro, não sendo somente usado como instrumento de avaliação de desempenho, mas também como estratégia para estimular a aprendizagem centrada em competências. Destacou-se, também, o Internato em Enfermagem, o qual proporciona uma vivência integral no campo assistencial de saúde, remetendo à melhoria do processo ensino-aprendizagem dos

futuros enfermeiros, justamente por se considerar que, neste cenário de formação do enfermeiro-líder, este dever ser estimulado a se tornar um agente de mudanças; um profissional que contribua com inovações para a melhoria da qualidade da assistência.

Ramos, Freitas e Silva (2011) apresentam o internato como sendo uma ferramenta de aprendizagem da liderança que proporciona uma nova metodologia de ensino-aprendizagem, viabilizando o contato mais prolongado do estudante de enfermagem com a instituição de saúde, com os profissionais, os pacientes e os familiares.

Estudo realizado pelo hospital materno-infantil *Maternal Child and Health Bureau (MCHB),* em Houston (Texas- USA), adotou o portfólio como uma “inovação” nas melhores práticas para um programa de treinamento em liderança, o *Leadership in Education and Adolescent Health (LEAH)*. O objetivo era avaliar a utilidade do portfólio para os graduados no programa de treinamento (LEAH), a fim de tomar conhecimento de como os ex-alunos o têm usado, adaptado e aplicado desde que completaram a faculdade; o que aprenderam ou adquiriram durante a conclusão; e como este pode ser melhorado para continuar sendo utilizado em programas de treinamento.

Profissionais de seis áreas de formação foram convidados a participar de uma pesquisa sobre sua experiência com a utilização do portfólio, durante a formação acadêmica. Sessenta e um graduados completaram inquéritos. A maioria (85%) apontou que o portfólio foi útil e o utilizou na pós-graduação para diversos fins, relacionado ao desenvolvimento profissional: entrevistas, capacitação e para referenciar o trabalho anterior. Como resultados desse estudo, surgiram quatro temas a partir da análise de dados qualitativos: realização, aprendizagem por experiência, competências e responsabilidade e uma melhor prática da aprendizagem. Desse modo, o portfólio se apresentou como uma ferramenta eficaz de aprendizagem pessoal para a maioria dos diplomados e reforçou as experiências dos graduados. Foram destacadas as formas como o portfólio pode facilitar o desenvolvimento de aprendizagem, além de experiências associadas com a competência de liderança (HASTINGS et al.,2015).

b) Desenvolvimento da liderança em serviço

A partir dos resultados dos estudos contemplados nesta categoria, observou-se que o planejamento e a aplicação de uma proposta de desenvolvimento de líderes no cenário da saúde podem ser eficazes para melhorar alguns aspectos das competências de liderança e contribuir para outros aspectos referentes à atuação dos profissionais.

Notou-se ainda que os principais impulsionadores para o sucesso de propostas de desenvolvimento em liderança incluíram o apoio inicial e contínuo da equipe gestora, assim como a garantia de um profissional experiente, capaz de promover um processo educativo em liderança, com disponibilidade de tempo para se dedicar ao planejamento curricular e à capacitação de cada indivíduo.

Martin et al. (2012) realizaram um estudo de avaliação abrangente cujo objetivo era avaliar a adaptação de um programa de liderança clínica na Suíça, que originalmente fora aplicado no Reino Unido. Buscaram prioritariamente o desenvolvimento de competências de liderança transformacional em líderes de enfermagem e unidades de cuidados de saúde na Suíça. O estudo mostrou que a implantação do programa é uma intervenção altamente bem-sucedida que permite o desenvolvimento de habilidades de liderança e, assim, o fornecimento de um cuidado de alta qualidade. Porém, os autores chamam a atenção para o fato de o programa adaptado ainda não ter sido avaliado quanto ao impacto e nem ajuste ao perfil geral da enfermagem suíça. O estudo descreveu a primeira fase da avaliação do programa com o objetivo específico de medir as práticas de liderança de líderes de enfermagem, antes e depois da implementação do programa.

Já Fealy et al. (2015) realizaram um estudo na Irlanda com o propósito de avaliar um programa nacional de desenvolvimento de liderança clínica, e este objetivou relatar sobre os recursos, experiências dos participantes, resultados e impactos do serviço. Ficou comprovado que os participantes desse programa desenvolveram novas competências que lhes permitiam assumir um papel de liderança clínica e que a maioria deles deu início às melhorias de serviço específicas à sua atuação. As relações diferenciadas entre desenvolvimento de líder e desenvolvimento de serviço, nesses programas de desenvolvimento de liderança, ainda requerem mais investigação, segundo os autores.

De qualquer modo, é notório que o conhecimento e desenvolvimento da

liderança são muito importantes para que os profissionais de saúde tracem a reflexão de levar o líder para a prática, para fazer desse líder não um ser superior ou sobrenatural, mas, sobretudo, para se construir um líder que esteja sustentado pelas teorias e que de fato possa ser um transformador da realidade nos serviços de saúde.

Observou-se, ainda, que entre cada categoria profissional, há uma diversidade de percepções para a mesma competência, o que demonstra que os profissionais de saúde, líderes e liderados precisam incorporar a definição de liderança em sua rotina, baseados em conceitos teóricos concisos, não somente estando apoiados sobre o que pensam a respeito da figura do líder.

De fato, definir liderança de uma maneira genérica é um fato muito subjetivo, pois, na visão dos profissionais, o líder ainda é uma figura muito distante do idealizado por eles, sendo este visto como um ser superior e inatingível.

De qualquer forma, as iniciativas para melhorar o serviço podem ser de responsabilidade de ambos os gerentes/líderes e pessoal clínico local, incluindo os gerentes de unidades. Uma vez que as necessidades individuais e de desenvolvimento do serviço estejam de acordo, uma série de intervenções para a realização da competência de liderança é identificada e acordada com o gerente superior. Fornecida por meio de suportes materiais e humanos, as intervenções incluem atividades de autoaprendizagem guiadas por uma gama de recursos de aprendizagem e atividades mais direcionadas, como monitoria, *coaching*, aprendizagem pela ação e /ou participação em oficinas que se concentram em uma única competência (FEALY et al., 2015).

Dentro dessa proposta, os profissionais devem ser motivados a desenvolver suas competências de liderança e também estar dispostos a se comprometer com o trabalho necessário a ser realizado, o que às vezes pode não ser bem visto por estes, pois de certa forma estariam sendo “retirados de sua zona de conforto”.

Dada a importância da execução de uma liderança eficaz nos serviços de saúde, é essencial o estabelecimento de uma fundamentação para o conhecimento a respeito desta temática, assim como a sua aplicação prática. Nesse aspecto, sendo considerada como estratégia fundamental para a motivação da participação dos profissionais, é importante que as organizações utilizem os recursos empregados pelos programas de desenvolvimento da liderança.

Tais programas, que incorporam um elemento de impacto deliberado no

serviço, podem apresentar resultados de serviço identificáveis, tais como o desenvolvimento de iniciativas e melhorias mais amplas na cultura organizacional. No entanto, a relação comparativa entre desenvolvimento do líder e desenvolvimento de serviço nesses programas de desenvolvimento de liderança ainda requer mais investigação (FEALY et al., 2015).

c) A prática baseada em evidências (PBE) e o desenvolvimento da liderança

De acordo com os resultados encontrados relacionados a esta categoria, observou-se que além dos programas, ou mesmo dentro dos programas, outra forma para se potencializar o desenvolvimento da liderança é a utilização de implementação das avaliações, novas abordagens em liderança, e também o investimento das práticas baseadas em evidências.

No desenvolvimento da liderança, a fundamentação teórica representa um ponto de partida, um norte para se sair do plano subjetivo e auxiliar o olhar sob um determinado prisma. Ao se considerarem as muitas variáveis envolvidas, liderar pode se tornar mais fácil ou mais difícil.

As teorias são usadas na prática para se alcançar desenvolvimento, para a realização de pesquisas na produção de conhecimento, e principalmente para o alcance de evidências científicas.

No estudo de Martin et al. (2012), ficou evidenciado que, embora os conhecimentos prévios durante a formação profissional e a experiência em liderança variaram consideravelmente antes de começarem o programa, os líderes foram capazes de desenvolver suas práticas de liderança no transcorrer da capacitação, fato que justifica a implantação de programas educacionais para facilitar as habilidades de liderança em enfermeiros.

Em se tratando do desenvolvimento da liderança, cabe destacar que alguns estudos enfatizam a importância das teorias/estilos mais contemporâneos. Um desses estudos, proposto por Aarons (2006), objetivou examinar a associação de liderança transformacional e transacional em supervisores quanto às atitudes dos prestadores de serviços em relação às práticas baseadas em evidência. Foram investigados, nos Estados Unidos, 303 servidores públicos que prestavam

atendimento clínico em saúde mental e gerentes de casos clínicos de 49 programas que prestavam serviços de saúde mental para crianças, adolescentes e suas famílias.

O autor partiu da hipótese de que a liderança transformacional seria mais positiva estando associada às atitudes otimistas em relação à implementação de práticas baseadas em evidências (PBE). Outra hipótese é a de que a liderança transacional estaria associada a atitudes mais positivas em relação à adoção de práticas baseadas em evidências dentro dos requisitos relacionados ao “fazer”, ou seja, as tarefas. Como principal constatação desse estudo, os autores apontam a associação entre as avaliações mais favoráveis de liderança às atitudes mais positivas no sentido de se adotar a PBE.

A mudança na cultura organizacional e iniciativas do serviço em prol do desenvolvimento da liderança são também consideradas estratégias positivas para o alcance das Competências de Liderança Clínica e das capacidades que os participantes do processo de implantação do programa desenvolvem (FEALY et al., 2015).

Com base no exposto, nota-se que são várias as ações que podem ser executadas no intuito de fazer progredir a liderança nas instituições, sendo essa uma competência gerencial imprescindível na área da saúde, especialmente ao enfermeiro.

Concordam Galvão e Sawada (2005) ao relatarem que esse profissional realiza uma gama de ações de natureza diversa no contexto hospitalar, assumindo a competência das ações de gerenciamento e assistência ao paciente. Durante esse processo, é requerido a ele o desenvolvimento de atividades administrativas, educativas e de pesquisa, sendo que a liderança consiste em uma das estratégias essenciais para sua prática profissional.

Dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro é um dos que cumpre disciplinas relacionadas à gestão/gerenciamento de serviços de saúde nos currículos de graduação, o que leva a crer que tem potencial para assumir funções de gerência e coordenação de equipes (CASTRO; SANTOS, 2008).

No entanto, faz-se necessário buscar avanços acerca da temática liderança, desenvolvendo pesquisas que promovam evidências, uma vez que tanto o aprendizado quanto o desenvolvimento profissional são consequências da realização e do consumo de pesquisas científicas (NEVES; SANNA, 2012).

Complementam Johansson, Fogelberg-Dahm e Wadensten (2010) que o nível de educação é um fator importante na contratação de enfermeiros gerentes, sendo recomendado que haja intervenções para incentivar uma gestão mais favorável à PBE, objetivando, assim, realizar um cuidado da alta qualidade e aumentar a satisfação do paciente.

Galvão e Sawada (2005) recomendam que instituições de ensino deveriam inserir no currículo disciplinas que permitam ao aluno uma compreensão do processo de realizar pesquisas, assim como estratégias que lhes proporcione o desenvolvimento de habilidades para uma avaliação crítica das pesquisas disponíveis, para saberem utilizar resultados de pesquisa na prática, pois este é dos pilares para a implementação da prática baseada em evidências.

Importante ressaltar que a PBE é essencial também para a implementação da liderança inovadora, participativa e flexível, que valoriza o potencial dos liderados, considerando-os como copartícipes na organização do processo de trabalho.

A esse respeito, Aarons (2006) estudou a relação da associação de liderança transformacional e transacional em supervisores quanto às atitudes dos prestadores de serviços em relação às práticas baseadas em evidências. Apresentou que, embora as funções de liderança variem de acordo com os níveis organizacionais ou disciplinares, a díade de supervisor-supervisionado se torna um ponto potencialmente importante de influência que afeta atitudes para adoção de práticas baseadas em evidências. No entanto, a fim de mudar atitudes e práticas, os líderes devem perseverar no processo de mudança, e vários obstáculos devem ser esperados e vencidos.

De acordo com Pryse, Mc Daniel e Schafer (2014), os esforços individuais do enfermeiro, tentando envolver tomada de decisões embasada em pesquisa, são afetados por uma série de variáveis do sistema, como o ambiente de trabalho que inclui a liderança de enfermagem. A liderança de enfermagem tem se mostrado essencial para a implementação da PBE, especialmente ao nível da unidade, onde os enfermeiros em cargos de liderança formal influenciam profundamente a cultura da organização.

Tais autores desenvolveram ferramentas de medição que examinam a liderança em enfermagem e o ambiente, de modo que as práticas dessa equipe sejam um componente importante na compreensão dos fatores que apoiam ou

impedem a PBE. Nesse sentido, seu estudo objetivou apresentar respostas sobre o desenvolvimento e análise de duas novas escalas projetadas para explorar liderança e apoio organizacional para a PBE.

Importante ressaltar que pesquisas básicas acerca do tema são imprescindíveis, conforme citado anteriormente, contudo a implementação das descobertas dessas pesquisas para a prática clínica diária permanece inconsistente e apresenta desafios complexos na prática do enfermeiro-líder (AARONS, 2006).

No entanto, a fim de mudar atitudes e práticas, os líderes devem perseverar no processo de mudança, bem como na superação de vários obstáculos. Organizações de saúde, frequentemente, lidam com a mudança comportamental em função de iniciativas internas ou em resposta a demandas externas. Líderes em diferentes níveis organizacionais, muitas vezes, lideraram ou gerenciaram tais mudanças (AARONS, 2006).

No contexto organizacional, devem ser consideradas a complexidade e as diferenças individuais do prestador de serviço para a implementação da prática baseada em evidências. A liderança no nível de supervisor-supervisionado é importante na gestão da mudança, por ser um meio de contato, influência e significado compartilhado nas organizações (AARONS, 2006).

Com base no exposto, notou-se que muito há que se investir para que estratégias positivas de desenvolvimento da liderança, baseadas em evidências científicas produzidas a partir de experiências extraídas do cenário nacional e internacional, possam contribuir com a qualificação da equipe, trazendo resultados assistenciais desejáveis para as instituições e, especialmente, para os pacientes.

6.2 Desenvolvimento da liderança a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação

Nesta categoria foram contemplados doze estudos que demonstram claramente que a competência de liderar sofre interferência de outras competências e de outras várias questões ou variáveis, como, por exemplo, do ambiente de trabalho. Isso torna mais difícil para os estudiosos no assunto a mensuração da

liderança, se fazendo importante o conhecimento das teorias/modelos/estilos para que se tenha uma direção ou caminho.

O fato exposto pode ser demonstrado por alguns dos estudos a seguir, cujos autores realizaram o cruzamento de muitas variáveis para explicar um determinado modelo, ou ainda para se chegar a um determinado modelo de mensuração de comportamentos e/ou atitudes.

Conforme apontado pelos resultados deste estudo, as ferramentas utilizadas para mensurar a liderança nos estudos encontrados foram: o *Authentic Leadership Questionnaire (ALQ)*, a *Charismatic Leadership Socialized Scale*, o *Clinical Leadership Survey (CLS)*, a ferramenta *Coaching*, a Escala de Atitudes frente a Estilos de Liderança, a Ferramenta 360º, a *Global Transformational Leadership Scale*, o *Grid Gerencial*, o L*eadership Effectiveness and Adaptability Description* (LEAD), o *LMX-Leader–member Exchange*, o *Leadership Practices Inventory (LPI)*, o *Leadership Reward and Punishment Behavior Questionnaire (LRPQ)*, o *Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ)*, *Multisource feedback tool* (MSF), o instrumento de Liderança *Quantum*, o *Servant Leadership Questionnaire (SLQ), Servant Leadership Survey (SLS)*, *Survey of Transformational Leadership* (STL) e o *Transformational Leadership Inventory (TLI)*.

Essa avaliação é essencial, uma vez que investir na liderança é necessário para se alcançar a principal função de um líder, ou seja, o "desenvolvimento de pessoas". No entanto, este líder precisa aprender como fazer isto, e para fazê-lo é necessário que este tenha clareza de um modelo ou teoria, para facilitar o desenvolvimento das pessoas que atuam com ele.

Nesse sentido, Ferreira (2011) aponta que, para realização de avaliação em liderança, podem ser usados instrumentos ou ferramentas, de modo que a formulação dos mesmos ocorra fundamentada em distintos enfoques e baseada em diferentes teorias/modelos/estilos de liderança, conforme o que será apresentado a seguir.

6.2.1 *Leadership Practices Inventory (LPI)*

O *Leadership Practices Inventory (LPI)* foi desenvolvido por Posner e

Kouzes para avaliar a frequência com que os líderes aplicam “As Cinco Práticas Básicas da Liderança Exemplar”, que têm o intuito de medir de maneira empírica a estrutura conceitual das experiências de sucesso dos grandes líderes em suas organizações. Os autores afirmam que os líderes que adotam em seu modelo de gestão essas práticas obtêm melhores resultados do que aqueles que não as praticam. “As Cinco Práticas Básicas da Liderança Exemplar” são: 1) Modele o estilo, 2) Inspire a visão comum, 3) Questione o processo 4) Capacite os outros para a ação e 5) Anime os corações. Ressalta-se que esta ferramenta está disponível nos principais meios, impressos e eletrônicos (POSNER; KOUZES, 1988).

Os seis estudos em que aparece o LPI nesta RI foram utilizados para avaliar as práticas de liderança, fundamentadas numa variedade de propostas e cenários. Dois deles passaram por tradução e validação, como foi caso do LPI-alemão (MARTIN et al., 2012) e o LPI- australiano (APEKEY et al., 2011). Os outros quatro estudos descrevem apenas a aplicação do instrumento, não trazendo informações sobre aspectos de validação cultural, o que remete à suposição de que a aplicação se deu mediante a autorização do uso em sua língua de origem.

O LPI está disponível em seis línguas - inglês, chinês simplificado, árabe, espanhol latino-americano, português do Brasil e mongol. Para ser utilizado, deve ser solicitada autorização por meio de contato listado no site http://www.leadershipchallenge.com.

Martin et al. (2012) utilizaram esse instrumento em seu estudo com 14 líderes de enfermagem na Suíça que atuam em alas de internação, com objetivo de avaliar a proposta da adaptação de um programa de liderança clínica, o *Clinical Leadership Programme (CLP)*, criado pelo *Royal College of Nursing*, do Reino Unido, para promover o desenvolvimento de competências em liderança transformacional em enfermeiros de uma unidade de cuidados de saúde. O objetivo principal era medir as práticas de liderança dos 14 enfermeiros-líderes antes e depois da implementação do programa, utilizando o *Leadership Practices Inventory (LPI)*, durante um ano e seis meses, com três intervenções (no início, ao final e seis meses após). Houve a distribuição do questionário *LPI* para o mesmo grupo de 10 observadores-avaliadores destes 14 enfermeiros, nos três momentos, da mesma forma que o enfermeiro-líder preencheu o questionário de autoavaliação. Como principal descoberta, os autores apontam que líderes de enfermagem que participaram do programa demonstraram uma melhora significativa em duas

subescalas do *LPI* – “inspirar uma visão compartilhada” e “desafiando o processo”. Foi percebido que esta mudança se manteve ao longo do tempo, sendo demonstrado nos 6 meses de acompanhamento, após o término do programa.

Outro estudo identificado partiu da avaliação de um programa nacional de desenvolvimento de liderança clínica, sendo que o objetivo era relatar sobre os recursos, experiências dos participantes, resultados e impactos do serviço. Com setenta participantes, o *Leadeship Practices Inventory (LPI*) foi utilizado junto a um questionário de comportamentos em liderança clínica, para medir comportamentos dos líderes individualmente. Cinco grandes temas emergiram a partir dos dados qualitativos: "começando o processo", "experimentando o processo", "desenvolvendo competência em liderança clínica", "vivenciando a experiência" e "desenvolvendo o serviço". O quinto tema principal, "desenvolvendo o serviço", descreve o serviço e/ou resultados organizacionais do programa de desenvolvimento da direção clínica que estavam contidos nas avaliações dos participantes, de seus gerentes e os diretores de serviço (FEALY et al., 2015).

Da mesma forma que os estudos anteriores, uma pesquisa não experimental conduzida para testar as propriedades psicométricas do *Clinical Leadership Survey (CLS)* no Canadá, em uma amostra de 480 participantes, utilizando a adaptação dos cinco itens do *LPI*, objetivou avaliar a liderança clínica da equipe de enfermagem (PATRICK et al., 2011).

Estudo prospectivo foi realizado nos Estados Unidos com estudantes do curso de bacharelado em enfermagem (n = 65) que responderam ao questionário de liderança do estudante *Student LPI-Self (SLPI),* adaptado do *LPI-Auto* no início e no final do semestre. Estes foram avaliados por seus pares que usaram o *LPI-Observer* associado a uma ferramenta de avaliação, o “service learning”. Medidas repetidas de análise de variância para pré e pós-testes revelaram que os comportamentos de liderança melhoraram. Uma correlação significativa foi encontrada entre os escores pós-teste geral de ambos os instrumentos (FOLI et al., 2014).

Outro estudo pretendeu determinar se um programa de mentoria (orientação) na Austrália, que durou 18 meses, alcançaria sucesso no auxílio a enfermeiros registrados na obtenção do registro em práticas avançadas, o *Nurse Practioner (NP)*, utilizando mentores enfermeiros sêniores para os auxiliarem a desenvolver competências em liderança exigidas na prática profissional. Para avaliar a liderança dos candidados à NP, foi utilizado o Questionário *Leadership Practices*

Inventory (LPI) para medir as cinco práticas de liderança dos candidatos antes do início e ao final do programa (LEGGAT; BALDING; SCHIFTAN, 2015).

O *LPI* contém 30 afirmações comportamentais que são relacionadas a cada uma destas cinco práticas de liderança. Os entrevistados foram convidados a indicar a frequência com que eles se envolvem em comportamento em uma escala *Likert* de 10 pontos, com 0 (zero) indicando quase nunca e 10 quase sempre. Além disso, havia duas perguntas: “você desenvolveu a si mesmo como parte deste programa?” e “como é que o programa mudou sua prática no seu local de trabalho?”. Os mentores e os candidatos avaliaram qualitativamente o programa, de modo que os dados demonstraram a melhora significativa do autorrelato para as práticas de liderança entre os candidatos a *Nursing Practioner*. Em particular, os candidatos apresentaram maior competência nos aspectos transformacionais da liderança que estão diretamente relacionados aos padrões de liderança clínica (LEGGAT; BALDING; SCHIFTAN, 2015).

Como contribuição no desenvolvimento da liderança, com o enfoque na qualidade do serviço, o *LPI* foi também utilizado na Inglaterra com 63 médicos clínicos gerais que fazem parte de um programa denominado *Quality and Outcomes Framework (QOF)*, cujos objetivos eram compreender a relação da liderança e cultura de inovação, bem como avaliar o uso de técnicas e métodos/ferramentas para a melhoria da qualidade. Dentre outras medidas, o *LPI* foi utilizado para avaliar o comportamento em liderança. Como resultado, houve uma correlação positiva e significativa entre o comportamento de liderança e a cultura de inovação. Contudo, houve pouca frequência dos relatos sobre os comportamentos de liderança, fato este que se deve à limitada cultura de inovação dos clínicos gerais participantes. Ainda assim, liderança e cultura de inovação são consideradas elementos essenciais para o desenvolvimento e manutenção de cuidados de alta qualidade (APEKEY et al., 2011).

Pelo exposto, fica evidenciada a necessidade de investimentos em desenvolvimento em liderança, para todos os profissionais que atuam em organizações de saúde.

6.2.2 *Clinical Leadership Survey* (CLS)

Este instrumento faz parte de um único estudo dos 38 que foram incluídos nesta RI. O estudo foi encontrado no idioma inglês.

A versão inicial do CLS consistiu em 41 itens de medida para comportamentos em liderança clínica da equipe de enfermagem. Os itens são avaliados em 05 pontos da escala Likert, de "discordo totalmente" a "concordo totalmente", sendo 11 itens de medida para "Desafiando o processo", 08 itens para "Inspirando uma visão compartilhada", 07 itens para "Capacitando os outros a agir", 09 itens para "Modelando o caminho", 06 itens para "Encorajando o coração". O CLS original foi revisado após uma série de análises fatoriais confirmatórias, produzindo uma escala de 15 itens, com três itens por subescala. O modelo de avaliação final com 15 itens, de acordo com seus autores, foi teoricamente consistente com o modelo conceitual (PATRICK et al., 2011).

6.2.*3 Survey of Transformational Leadership (STL)*

Dos 38 estudos, o *Survey of Transformational Leadership (STL)* se apresenta em apenas um estudo, na versão em inglês (EUA).

Trata-se de um instrumento de avaliação global que reflete abordagens para a conceitualização e mensuração de práticas transformadoras. Para a sua criação, Edwards et al. (2010) realizaram, nos Estados Unidos, um estudo descritivo e transversal, com a finalidade de avaliar a liderança transformacional nas organizações de saúde, e que este instrumento pudesse ser disponibilizado gratuitamente, sendo um instrumento confiável, válido e que pudesse ser usado para subsidiar o automonitoramento organizacional.

O *STL* examina cinco componentes principais, sendo que quatro são tradicionalmente conceituados como domínios de transformação (ou seja, a influência idealizada, estímulo intelectual, motivação inspiradora e consideração individualizada). O componente “capacitação/ qualificação”, que regularmente é mensurado em uma frequência, menor foi incluído nesse estudo.

Temas conceituais são examinados levando em conta esses cinco componentes principais, considerando a inclusão de práticas de líder específicas em uma variedade de outros instrumentos. Por exemplo, a influência idealizada inclui temas de caráter, sensibilidade para assumir riscos, considerações éticas e idealização do líder. A inclusão de itens que abordem cada tema permite a diferenciação entre os líderes baseados no uso de estratégias específicas (EDWARDS et al., 2010).

De acordo com esses autores, o *STL* pode ser usado para captar a essência ou a extensão em que os líderes são percebidos como transformacionais em suas abordagens. Ademais, quando existem expectativas para um alto desempenho, estas podem aumentar o conflito de papéis, diminuir a satisfação pessoal e diminuir a confiança no líder, especialmente quando este não expressa confiança na capacidade dos seguidores para completar tarefas.

O estudo acima mencionado avaliou 57 diretores clínicos em suas práticas de liderança por 213 conselheiros, em 57 programas de tratamento, em quatro regiões dos EUA. O estudo desenvolveu e estabeleceu as propriedades psicométricas para o *Survey of Transformational Leadership (STL)*. Este *Survey* consiste de uma bateria de avaliação dos itens selecionados do *Multifactor Leadership Questionnaire* (*MLQ), Attributes of Leader Behavior Questionnaire (ALBQ)* e *Survey of Organizational Functioning (SOF)* que foram usados para desenvolver e validar a nova ferramenta de liderança transformacional. O *STL* contém 84 itens, cinco domínios, subdivididos em16 temas conceituais, com quatro subescalas do *MLQ* que correspondem às medidas de liderança transformacional e duas subescalas a partir do *ALBQ*. Foi observado que o líder transformacional manifesta confiança na conclusão de tarefas apoiado na delegação das mesmas, ao invés de simplesmente esperar excelência por parte de seus subordinados. Observou-se ainda que sem o item “confiança”, o fator de excelência assemelha-se mais ao estilo de liderança transacional, cujo líder espera alto desempenho de tarefas em troca de compensação, mas não necessariamente se comunica com antecedência com os seguidores que atenderão às altas expectativas (EDWARDS et al., 2010).

6.2.4 *Transformational Leadership Inventory (TLI)*

O *Transformational Leadership Inventory (TLI)* é um instrumento que aparece em um único estudo da amostra desta RI, originalmente na versão em inglês, sendo seus itens traduzidos para o português do Brasil.

Esta escala, criada por Podsakoff et al. (1990), possui 22 itens que mensuram comportamentos de liderança transformacional, medindo seis dimensões transformacionais: prover um modelo/exemplo apropriado, articular uma visão, estimular intelectualmente, prover suporte individualizado, incentivar a aceitação de metas pelo grupo e esperar uma alta *performance*.

É uma especificidade desta escala o acréscimo de mais dois componentes para a Liderança Transformacional, sendo os que se referem à promoção dos objetivos do grupo por meio do incentivo à cooperação entre os seguidores, para trabalhar juntos e alcançar um objetivo comum; e incorporação da expectativa de alto desempenho, por parte do líder, demonstrando expectativa de excelência, qualidade e alta *performance.*

6.2.5 *Leadership Reward and Punishment Behavior Questionnaire (LRPQ)*

O Leadership Reward and Punishment Behavior Questionnaire (LRPQ) é um instrumento que mede comportamentos de recompensa e punição contingentes, relacionados à *performance*, características centrais da liderança transacional em organizações. Ele aparece em um dos estudos da RI e, assim como o instrumento anterior, originalmente foi publicado na versão em inglês, tendo passado por tradução no Brasil, para que seus itens fizessem parte de uma nova ferramenta para avaliação em liderança.

Os comportamentos de recompensa e punição do líder são avaliados pelos 23 itens do instrumento desenvolvido por Podsakoff et al. (1984) e citado por Schriesheim, Hinkin e Tetrault (1991), na qual é estabelecida a sequência de uma escala de *Likert* com sete pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo fortemente” (SCHRIESHEIM; HINKIN; TETRAULT ,1991).

De acordo com Fonseca e Porto (2013), este instrumento possui boas referências psicométricas, mas ainda não cobre todas as características de liderança transacional, ficando de fora os aspectos ligados à negociação de trocas (ou contrato psicológico explícito e gerenciamento passivo, que são cobertos por subescalas do *MLQ*)**,** sendo necessária a utilização de outra ferramenta como apoio para suprir a avaliação dessas características.

6.2.6 Escala de Atitudes Frente a estilos de Liderança

A Escala de Atitudes Frente a estilos de Liderança é um instrumento nacional, que consiste em 45 itens, e avalia componentes da liderança transformacional e transacional com enfoque para as atitudes frente a estes estilos.

Fonseca e Porto (2013) realizaram um estudo transversal, aplicado em 324 profissionais que atuavam em instituições públicas em Brasília. Houve a aplicação de uma escala construída pelas autoras a partir da extração de itens de escalas internacionais validadas, sendo que estes itens passaram pelo processo de tradução-retrotradução.

Para tanto, as autoras optaram por utilizar os 22 itens da escala TLI para os comportamentos transformacionais. No entanto, como a escala mede somente comportamentos de liderança transformacional, para a liderança transacional, as autoras utilizaram duas subescalas do *MLQ* (negociação de trocas com cinco itens e liderança *laissez-faire* com 08 itens) e duas subescalas do *LRPQ* (recompensa contingente 05 itens e punição contingente com 05 itens), totalizando 23 itens que avaliaram comportamentos transacionais. Portanto, a escala final apresentou 45 itens.

De acordo com as autoras, foram necessárias adaptações nas instruções e na escala de respostas, levando em consideração que os instrumentos são utilizados para medir frequência da adoção de comportamentos, e não atitudes (FONSECA; PORTO, 2013).

6.2.7 A Ferramenta 360º ou *Multisource feedback tool (MSF)*

A ferramenta 360° ou *Multisource feedback tool* aparece separadamente em dois estudos dos 38 estudos primários encontrados, sendo encontrado um na versão português (Brasil) e o outro na versão inglesa britânica.

Na Inglaterra, um estudo abrangendo 17 hospitais de *Mildlands* que possuíam departamentos de pediatria investigou os atributos-chaves para liderar durante a visita clínica em alas de internação. Tais atributos foram utilizados para desenvolver uma ferramenta de avaliação de habilidades em liderança, o *Multisource Feedback Tool (MSF)*. Participaram do estudo consultores (4), enfermeiras sêniores (2) e estagiários de pediatria. O questionário foi criado usando como cenário o Hospital Universitário, onde um dos autores trabalhava. As cinco áreas-chaves para a avaliação da liderança nas visitas das alas de internação foram: habilidades de comunicação, preparação e organização, ensino e entusiasmo, trabalho em equipe e pontualidade. Descatou-se a comunicação como tema-chave nesse estudo (LAKSHMINARAYANA et al., 2015).

Já Llapa-Rodriguez et al. (2015), apresentaram um estudo transversal, realizado no Brasil com 115 profissionais de enfermagem, sendo 96 técnicos/auxiliares de enfermagem e 19 enfermeiros, que atuavam nos setores de alojamento conjunto de uma maternidade pública de Manaus. Onde avaliaram a liderança de enfermeiros, a partir das suas visões, apoiados na utilização do método 360º. Nesse caso, houve a estruturação de dois questionários, sendo um para técnicos e auxiliares de enfermagem que deveriam avaliar o líder da equipe (enfermeiro), e outro para enfermeiros gerentes-líderes, para que realizassem a autoavaliação. Os questionários continham 24 questões, organizadas em quatro categorias avaliativas do exercício da liderança: “comunicação”; “geração de um clima de apoio”; “modelo de papel”; e “estilo de gestão”. As respostas variam de “Muito Pouco Frequente” (MPF) a “Muito Frequentemente” (MF), sendo atribuídos valores de 1 a 5 para cada item, na escala de respostas do tipo *Likert*, sendo:

Categoria “Comunicação”, que contempla o item COM1- dou *feedback* honesto sobre meu desempenho; o item COM5 - dou aos meus subordinados as informações que necessitam para seu trabalho; o item COM9 - ouço meus subordinados antes de tomar decisões que afetem o nosso trabalho; o item COM12-

comunico regularmente aos meus subordinados os resultados e direcionamento do negócio; e o item COM24 - procuro ouvir sempre o ponto de vista dos meus subordinados, inclusive em termos de *feedback* sobre meu estilo de supervisão.

Categoria “Modelo de Papel”, que apresenta os itens: PAPEL 6 - defino claramente aos meus subordinados o que espero deles; PAPEL 7 - sou um exemplo a ser seguido em termos de liderança, como educador e facilitador; PAPEL13 - demonstro comprometimento com os objetivos e direcionamento estratégico da empresa; PAPEL18 - atuo de maneira respeitosa com os outros; PAPEL 23 - utilizo processos de trabalho que facilitam a melhoria contínua.

Categoria “Clima de Apoio”, que traz os itens: APOIO 2 - incentivo meus subordinados a supervisionar meus próprios trabalhos; APOIO 3 - crio condições e estimulo meus subordinados a darem sugestões; APOIO 4 - proporciono condições que levam ao trabalho em equipe; APOIO 8 - reconheço, franca e honestamente, um trabalho bem feito; APOIO 10 - busco soluções para os problemas dos meus subordinados relacionados ao trabalho; APOIO 11 - oriento e estimulo os meus subordinados a trabalharem em equipe; APOIO 15 - propicio condições para que eles se sintam livres para fazer perguntas.

Categoria “Estilo de Gestão” que inclui os itens: GESTÃO 14 - Atua nas reuniões de forma a facilitar o entendimento e a sinergia; GESTÃO 16 - Testa o meu entendimento para assegurar uma unidade de compreensão; GESTÃO 19 - Busca identificar e transpor as barreiras que reduzam a eficácia; GESTÃO 20 - Analisa regularmente os resultados e propõe correções de rumo, quando necessário; GESTÃO 21- Supervisiona a *performance* da área por meio de padrões, comparando com as outras organizações; GESTÃO 22 - Estabelece objetivos baseados nos requerimentos dos clientes.

Os resultados evidenciaram competências gerenciais que necessitam de aprimoramento por parte do enfermeiro gerente-líder. Merecendo destaque, contudo, a categoria “Comunicação”, pois, mesmo com a maioria dos enfermeiros afirmando que sabe se comunicar, foi evidenciada discordância por parte dos técnicos/ auxiliares de enfermagem.

Os autores recomendam que a partir dos resultados da avaliação, o enfermeiro não deve interpretar os resultados como verdades absolutas e pessoais, pois, apesar de se tratar da avaliação em questão mensurar a percepção que o colaborador tem do seu líder, ela tem a finalidade de servir de instrumento para a

autoavaliação do enfermeiro gerente-líder, além de favorecer-lhe a autorreflexão e desenvolvimento de novas competências gerenciais.

6.2.8 O desenvolvimento de liderança por meio da ferramenta *coaching*

Dos estudos presentes na amostra desta Revisão Integrativa, dois abordavam a utilização da ferramenta *coaching* para avaliação da liderança, ambos aplicados na versão em português do Brasil.

Em um estudo recente, Cardoso, Ramos e D'innocenzo (2014), apresentaram o desenvolvimento, a análise de conteúdo e a confiabilidade de um instrumento que consiste em dois questionários para avaliar a percepção de enfermeiros-líderes, técnicos e auxiliares de enfermagem, ou seja, os liderados, sobre a prática da liderança, e a relação com as dimensões do processo *coaching*. Para aplicação dos instrumentos na etapa do pré-teste, participaram 279 enfermeiros e 608 técnicos e auxiliares de enfermagem, atuantes nas unidades de internação de clínica médico-cirúrgica, unidades de terapia intensiva adulto, unidades de pronto-socorro adulto, unidades de centro cirúrgico e central de material e esterilização.

Foi desenvolvido o Questionário de Autopercepção do Enfermeiro no Exercício da Liderança, denominado QUAPEEL, além de outro destinado aos técnicos e auxiliares de enfermagem (liderados), denominado Questionário de Percepção do Técnico e Auxiliar de Enfermagem no Exercício da Liderança (QUEPTAEEL). Ambos os questionários utilizam questões estruturadas e são divididos em três partes: a primeira solicita dados sociodemográficos dos sujeitos; a segunda apresenta perguntas abertas e fechadas relativas aos conhecimentos dos sujeitos sobre a temática da liderança; e na terceira, constam questões relativas às habilidades e atitudes exercidas pelos líderes e liderados na prática da liderança *coaching*, composta por um instrumento de medida escalar (*Likert*). Ao final de cada instrumento, existe uma questão específica fechada, para classificação geral dos instrumentos construídos, com o objetivo de avaliar sua aplicabilidade nas instituições de saúde, especificamente no contexto hospitalar (CARDOSO, RAMOS, D'INNOCENZO, 2014).

A mensuração utilizada consiste em: "plenamente aplicável, aplicável, relativa à aplicabilidade e não aplicável". Todos os 20 determinantes foram tratados com uniformidade de importância, mas acredita-se que, na prática, alguns determinantes, tais como os da dimensão comunicação, possam ser considerados mais importantes ao enfermeiro-líder no exercício da liderança *coaching*. Considerando a percepção dos técnicos e auxiliares de enfermagem sobre a prática da liderança, e a relação com as dimensões do processo *coaching*, os autores afirmaram que houve coerência com a percepção dos enfermeiros. Foi verificado que os liderados têm uma visão positiva, ao declararem a aplicabilidade prática das dimensões do processo *coaching* e ao admitirem que consideravam adequada a liderança exercida pelo enfermeiro-líder no dia a dia do trabalho (CARDOSO; RAMOS; D'INNOCENZO, 2014).

Diante da problemática evidenciada em relação à formação de líderes, ressalta-se que é preciso compreender que sistemas de aprendizagem organizacional devem fazer parte das empresas, de modo que ocorra incentivo no trabalho em equipe e o incentivo para a conquista da autonomia e autorrealização, para que não se sintam limitadas. Por isso, é necessário libertar as pessoas, conduzindo-as e incentivando-as, o que pode ser feito por meio de uma ferramenta muito relevante para a autocorreção do comportamento e do aprendizado nas empresas, o *coaching*.

As empresas, atualmente, necessitam de líderes-*coach*, ou seja, daquelas pessoas que conseguem criar condições para que as demais, que estão sob sua responsabilidade, aprendam e se desenvolvam, de modo a aumentar sua iniciativa e criatividade. Nesse sentido, não há mais lugar para aqueles líderes autocráticos que acreditam que conseguem, por meio de sua autoridade, fazer com que seus subordinados executem aquilo que ele quer.

Di Stéfano (2005) reforça que as empresas precisam preparar pessoas para serem esses líderes-*coach*. Para isto, precisam oferecer suporte ao aprendiz, apoiá-lo para atingir determinado resultado e realizar um projeto de ajuda para que ele crie sua própria visão e consiga identificar seus valores e dar expressão aos seus projetos.

Por meio da ferramenta *coaching* abordada, os enfermeiros reconhecem a necessidade da utilização de habilidades, conhecimentos e atitudes que deverão ser empregados para o alcance necessário de suas competências em liderança, que

refletem sobre o processo de comunicação, a necessidade de dar e receber *feedback,* de dar e ganhar poder e exercer influência (CARDOSO, RAMOS e D'INNOCENZO, 2011).

6.2.9 Ferramenta para avaliar liderança quântica- *Quantum*

Quantum dá preferências às habilidades e aos comportamentos que os líderes usam para orientar suas organizações de forma eficaz e movê-las da era industrial do século 20 para a informação e tecnologia do século 21 (DARGAHI, 2013).

Em seu estudo, Dargashi (2013) objetivou determinar as habilidades, características e funções de liderança quântica nos administradores de enfermagem de hospitais da Universidade de Ciências Médicas do Teerã (Irã). O mesmo considera que usar a liderança quântica exige que os líderes de saúde convertam seus paradigmas individuais no sentido de desenvolver habilidades na gestão de conflitos, a assunção de riscos, inovação e capacitação, criando novas culturas organizacionais e construindo um contexto de esperança. No entanto, novas capacitações em liderança e educação são necessárias para os administradores de enfermagem mudarem seu papel na linha de frente do sistema de enfermagem.

Para o autor, as organizações de saúde tradicionais executam o trabalho dentro de um equilíbrio, mas as organizações quânticas atuam em meio a um contraste direto. Por consequência, as organizações tradicionais são pressionadas a mudar para uma orientação que leve à criatividade e à inovação, devendo ser alteradas para executar ações em meio às crises, sendo que, uma vez transformadas, as organizações apresentam novos desafios para os seus líderes.

A partir de 1920, os físicos desenvolveram um novo ramo da física chamado mecânica quântica. A palavra *quantum* linguisticamente refere-se a "uma quantidade de algo", e mecânica significa "o estudo do movimento". Portanto, a mecânica quântica é o estudo de partículas subatômicas. Além de sua aplicação específica em física, o termo "Teoria quântica" tem sido usado em outros contextos, tais como liderança (DARGAHI, 2013).

Esse autor apresenta que, segundo a teoria quântica, há sete habilidades quânticas que tornam líderes capazes de examinar os seus modelos mentais e,

assim, promover a sua capacidade de aprender:

1) Visão quântica: a capacidade de ver deliberadamente;
2) Pensamento quântico: a capacidade de pensar nas adversidades;
3) Sensibilidade quântica: a capacidade de sentir ativamente;
4) Conhecimento quântico: a capacidade de saber intuitivamente;
5) Ação quântica: a capacidade de agir com responsabilidade;
6) Confiança quântica: a capacidade de confiar no processo de vida;
7) Ser quântico: a capacidade de estar em associação.

O questionário de liderança quântica consiste em três escalas nomeadas: 1) habilidades quânticas, composta de 16 questões, 2) características de líderes quânticos, composta de 09 questões e 3) as funções dos líderes quânticos, composta de 12 questões. A escala de habilidades quânticas inclui 07 subescalas nomeadas: "visão quântica", "pensamento quântico", "sentimento quântico", "conhecimento quântico", "atuação quântica", "confiança quântica", e "ser quântico". As questões podem ser medidas usando a escala *Likert* de 05 pontos, de acordo com a frequência de respostas. As opções variam de “discordo” = 1; a “concordo fortemente” = 5. A média de cada escala e subescala e a média total calculada para "*quantum*" é a partir de 50 pontos. Os gerentes de enfermagem que recebem entre 50-75 pontos possuem habilidades relativamente quânticas, e quando recebem mais de 75 pontos possuem habilidades quânticas completas (DARGAHI, 2013).

Como proposta para estimular o desenvolvimento, as organizações adotam novas temáticas teóricas. Neste caso, algumas organizações de saúde usam uma nova perspectiva dentro da teoria quântica, sugerindo novas abordagens em técnicas de gestão para a prestação eficaz e eficiente de serviços de saúde (DARGAHI, 2013).

6.2.10 *Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ)*

A teoria da Liderança Transformacional contribuiu demasiadamente para o desenvolvimento do *Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ).* A última versão

do *MLQ* é o formato 5X. O *MLQ-5X* é um questionário composto por 45 itens, que contém uma escala de *Likert* de 05 pontos, com variação de: 0= “de jeito algum”; a 4= “frequentemente, se não sempre”.

O *MLQ* identifica as características de um líder transformacional e ajuda os indivíduos a descobrir como eles se autoavaliam, bem como a visão das pessoas com quem trabalham. O *MLQ* está publicado nos Estados Unidos da América na versão em inglês pela Editora Mind Garden, sendo possível adquirir o direito de utilização mediante o pagamento por meio do site, para utilização em outras línguas.

Alsayed, Motaghi e Osman (2012) apontam em seu estudo que o *MLQ* tem sido aplicado em muitos países e culturas, tais como Estados Unidos, Alemanha, Espanha, Austrália, Paquistão e Tailândia.

Nesta revisão, foram encontrados 11 estudos utilizando o *MLQ*, sendo um deles na versão original (AARONS, 2006), 02 na última versão *MLQ 5X-short* (HORWITZ et al., 2008; DESCHAMPS et al., 2016), 01 estudo foi utilizado na Colômbia mediante a liberação do direito de utilização (MOGOLON; GONZALEZ, 2010), e os outros instrumentos utilizados foram todos oriundos de adaptação cultural, como o *MLQ-5X* chinês (CHEN;BARON, 2006), o *MLQ-5X* chileno, em castelhano (PUCHEU, 2010), o *MLQ-5-X* finlandês (KANSTE; MIETTUNEN; KYNGAS, 2007), o *MLQ-5X* tailandês (GHORBANIAN; BAHADORI; NEJATI, 2015), o *MLQ-5X* iraniano (EBRAHIMZADE et al., 2015), ou ainda validação parcial dos componentes da escala como no estudo brasileiro (FONSECA; PORTO,2013).

Kanste, Miettunen e Kyngas (2007) realizaram um estudo para investigar as propriedades psicométricas do *MLQ* entre enfermeiros na Finlândia. Foi desenvolvida a versão finlandesa desse instrumento com base em um procedimento de tradução-retrotradução. A versão original em inglês foi traduzida para finlandês, seguindo todas as etapas recomendadas para a adaptação cultural de um instrumento. Fez parte do estudo uma amostra inicial de 601 enfermeiros, e para o seguimento de avaliação, chamado *follow up,* participaram 78 enfermeiros que já faziam parte da amostra inicial, sendo estes enfermeiros da saúde pública e enfermeiros-chefes registrados na Associação de Enfermagem Finlandesa. A versão finlandesa demonstrou que as consistências internas das subescalas de liderança são satisfatórias, e que o *Multifactor Leadership Questionnaire* foi bastante estável, quando medido no intervalo de 1 ano.

Destaca-se que os dados não conseguiram apoiar o modelo de nove

subescalas do instrumento original, havendo a necessidade de modificação do instrumento para uma versão reduzida de 25 itens. O conjunto reduzido de itens do *Multifactor Leadership Questionnaire* mostrou evidências de estruturas de seis fatores, consistindo em três subescalas de liderança distintas e que apoiam a afirmação dos autores sobre o *MLQ* ser muito adequado para a medição da multidimensionalidade da liderança em enfermagem, além de ser apropriado para pesquisa em saúde e explorações da estrutura fatorial de medidas em estudos de validação de instrumentos (KANSTE; MIETTUNEN; KYNGAS, 2007).

Na Colômbia, Mogolon e Gonzalez (2010) realizaram uma pesquisa para o estabelecimento de uma relação geral entre os tipos de liderança e as variáveis sociodemográficas e profissionais de 94 docentes de enfermagem que trabalham nos programas de enfermagem das universidades do nordeste da Colômbia (PEUNC). Para identificar os tipos de liderança exercidos pelos docentes de enfermagem que trabalham nos PEUNC, foi utilizado o *MLQ-5X* no país, para tanto, o instrumento foi adquirido a partir da compra dos direitos via internet em espanhol. Para atender aos objetivos dessa pesquisa foram adicionadas ao instrumento MLQ-5X as variáveis sociodemográficas.

O *MLQ-5X* utilizado no estudo de Pucheu (2010) foi adaptado para o Chile, denominado *Liderazgo de Rango Total.* Trata-se de um questionário autoadministrável composto por descrição de comportamentos em liderança com 82 itens. O *MLQ* avalia nove subescalas incluindo estilos de liderança transformacional, transacional e liderança *laissez-faire*, além de três escalas com foco nos resultados organizacionais: esforço extra, eficácia e satisfação.

O mesmo instrumento *(MLQ-5X)* foi também usado por Horwitz et al. (2008), nos Estados Unidos, em uma coorte de 65 médicos residentes de cirurgia geral para identificar as áreas de maior necessidade em educação em liderança na formação de médicos residentes.

Objetivando investigar a relação entre estilos de liderança dos gerentes e satisfação no trabalho dos técnicos em emergência médica, foi utilizado o *MLQ,* no ano de 2010, sendo que participaram gerentes e técnicos de emergência médica que trabalhavam em várias estações na cidade de Isfahan (Irã). Além do *Multiple Leadership Questionnaire*, que foi utilizado para avaliar os estilos de liderança, foi usado o *Job Descriptive Index* para medir o nível de satisfação de trabalho. O questionário foi formado combinando as perguntas relacionadas com os estilos de

liderança transformacional, transacional e *laissez-faire*, e consistiu em 36 perguntas, medidas de acordo com um formato de Likert de cinco pontos em escalas distribuídas em "sempre", "frequentemente", "às vezes", "raramente" e "nunca". O questionário foi elaborado em dois formatos: um para os gerentes (para identificar o estilo de liderança em sua própria perspectiva) e outro para os seguidores (para determinar os estilos de liderança de seus gerentes) (GHORBANIAN; BAHADORI; NEJATI, 2015).

Ebrahimzade et al. (2015), em 2011, no Hospital Shiraz, localizado no Irã, realizaram um estudo com o *MLQ-5X*, versão iraniana, para pesquisar a relação entre estilo de liderança de gerentes de enfermagem e a ocorrência de *Burnout* em enfermeiros. Participaram do estudo 207 enfermeiros que preencheram um questionário sobre características demográficas, o inventário de *Burnout* de Maslach e o questionário de liderança multifactor (*MLQ*). De acordo com os autores, a versão mais recente do *MLQ* contém 36 perguntas que examinam o comportamento transformacional, transacional e estilos de liderança *laissez-faire*. Estudos anteriores mostram que o questionário tem confiabilidade adequada, com coeficientes (alfa de Cronbach) positivamente significativos para as subescalas que avaliam estilos de liderança transformacional, transacional e *laissez-faire*, no contexto do Irã.

Foi observado que o *MLQ,* comparado a outros estudos em liderança, é o mais utilizado, principalmente em sua versão *5X-short*. Outro aspecto importante a ser considerado se refere às adaptações realizadas, de modo que, em algumas situações, houve a alteração do número de itens que compunham as subescalas para melhor aplicação do instrumento, em determinado contexto.

6.2.11 *Servant Leadership Questionnaire (SLQ)*

Dos 38 estudos levantados na RI, apenas um estudo é apresentado com a utilização do *Servant Leadership Questionnaire (SLQ).*

Barbuto e Wheeler (2006) apresentaram o *Servant Leadership Questionnaire (SLQ) que* mensura o nível de concordância com os comportamentos apresentados pelos líderes*,* com 23 itens e cinco fatores que avaliam a liderança servidora, apresentando as seguintes características: vocação altruísta, cura

emocional, sabedoria, mapeamento persuasivo e gestão organizacional, que parecem ser conceitualmente e empiricamente distintos. Possui quatro pontos, variando entre 1 “Discordo totalmente”e 4 “Concordo totalmente”.

O líder altruísta apresenta um desejo profundamente enraizado para fazer uma diferença positiva na vida dos outros. Possui uma generosidade de espírito consistente com um propósito filantrópico na vida. Uma vez que o objetivo é servir, os líderes chamados altruístas vão colocar os interesses à frente dos seus próprios e irão trabalhar diligentemente para atender os seguidores às outras necessidades. A cura emocional descreve o compromisso de um líder e habilidade em promover a respectiva recuperação espiritual das dificuldades ou trauma. Líderes que utilizam a cura emocional são grandes ouvintes e altamente empáticos, tornando-se hábeis em facilitar o processo de cicatrização. Os líderes criam ambientes seguros para que os empregados e equipe expressem seus questionamentos (BARBUTO; WHEELER, 2006).

Almeida e Faro (2016) complementam que a vocação altruísta está relacionada ao desejo de servir e à disposição de se sacrificar em benefício dos colaboradores; à cura emocional, à capacidade de reconhecer quando e como se deve promover o processo de suporte emocional; à sabedoria, que está ligada com a astúcia do líder para observar sinais presentes no ambiente de trabalho e tomar providências a fim de manter a ordem e a evolução dos processos; ao mapeamento persuasivo, que se refere à capacidade de influenciar e persuadir os demais, desconsiderando a autoridade formal; e à intendência organizacional (gestão organizacional) que envolve a administração da organização, gerando confiança aos seus membros para contribuições a favor da sociedade.

Além da vocação altruísta, Barbuto e Wheeler (2006) apresentaram que a sabedoria pode ser entendida como uma combinação de consciência do contexto e antecipação das consequências. Quando essas características são combinadas, os líderes são hábeis em pegar dicas com o meio ambiente e compreender suas implicações. Líderes ricos em sabedoria são atentos e antecipam na maioria das vezes. Já os líderes ricos em questões de mapeamento persuasivos são hábeis em conceituar maiores possibilidades e são altamente convincentes, quando articulam essas oportunidades. Eles encorajam os outros a visualizarem o futuro da organização e são persuasivos, oferecendo razões para levá-los a agir. A administração organizacional ocorre à medida que um líder está preparado para fazer

uma contribuição positiva para a sociedade por meio do desenvolvimento comunitário, programas e divulgação. Envolve ética e valores para assumir a responsabilidade pelo bem-estar da comunidade e assegurar que as estratégias e decisões sejam realizadas. Eles também trabalham para desenvolver um espírito de comunidade no local de trabalho, pois estão se preparando para deixar um legado positivo.

Importante ressaltar que, além dos 23 itens que compõem o questionário SLQ, quatro itens de avaliação adicionais foram desenvolvidos pelo pesquisador e adicionados ao estudo para fornecer informações sobre como os próprios participantes e os outros percebem a relação entre o conceito de colaboração e a liderança servidora nesta organização. Os itens adicionais foram: 1) Eu me considero um modelo em colaboração entre enfermeiros e médicos; 2) Os enfermeiros e médicos desta organização são modelos em colaboração; 3) Eu me considero um líder servidor e 4) A liderança desta organização pratica a liderança servidora. O mesmo sistema de pontuação *Likert* foi usado para esses itens adicionais. Porém, esses itens não foram incluídos na análise estatística para os outros instrumentos, por conseguinte, não teve impacto de validade ou confiabilidade (BARBUTO; WHEELER, 2006).

Garber et al. (2009) também utilizaram o *SLQ* nos Estados Unidos, em uma organização de saúde, objetivando investigar a relação entre as atitudes de colaboração e liderança servidora entre enfermeiros, médicos e residentes. Participaram do estudo 419 enfermeiros, 61 médicos e 17 residentes. Foi utilizada a Escala de atitudes de Jefferson para medir a colaboração, sendo que quatro subescalas medem a colaboração: 1) a educação compartilhada, 2) cuidar em vez de curar, 3) a autonomia do enfermeiro e 4) a autoridade do médico. As respostas dos 15 itens da escala Likert para este tópico variaram entre “concordo” e “discordo” e pontuaram escores de 15 a 60, de modo que quanto mais alta a pontuação, mais atitudes positivas em relação à colaboração são identificadas.

Almeida e Faro (2016), recentemente publicaram no Brasil um estudo que objetivou traduzir, adaptar e validar o *SLQ* para o português brasileiro, determinando as características psicométricas da nova Escala de Liderança Servidora (ELSE), em uma amostra de 337 participantes, entre alunos e servidores da Universidade Federal de Sergipe, maiores de 18 anos, que possuíssem chefe imediato. Para a aplicação do estudo, usaram um questionário sociodemográfico, o *SLQ (*traduzido e adaptado nesse estudo), a Escala de Satisfação com o Trabalho (EST) e uma

escala de liderança transformacional (Escala de Atitudes frente a Estilos de Liderança).

O estudo que faz parte dessa categoria está publicado em inglês (EUA), porém foi localizado um estudo de validação do SLQ para o Brasil por Almeida e Faro (2016), havendo, então, uma versão em português.

6.2.12 *Servant Leadership Survey* (SLS)

Dos 38 estudos, dois apresentaram a utilização do *Servant Leadership Survey (SLS*), estando este instrumento validado nas versões inglês (europeu) e islandês.

Originalmente o SLS foi desenvolvido por Van Dierendonck e Nuijten (2011) e, de acordo com seus autores, foi a primeira medida em que a estrutura fatorial subjacente foi desenvolvida e confirmada por meio de vários estudos de campo em dois países (Holanda e Reino Unido). Os autores afirmam ter desenvolvido um instrumento válido e confiável que mede a liderança servidora em toda a sua complexidade, cobrindo seus aspectos essenciais, sendo orientada para comportamentos, focando no papel do líder e na relação com seus seguidores, sendo fácil de usar. Desse modo, o *SLS* concentra-se principalmente na relação líder-seguidor que é medida a partir da perspectiva do seguidor.

O *SLS* fornece uma imagem clara das principais qualidades de liderança servidora e mostra onde as melhorias podem ser feitas, tanto no nível individual como no organizacional. Como tal, pode também oferecer um valioso ponto de partida para o desenvolvimento de capacitação em liderança. Com a introdução do *Servant Leadership Survey (SLS),* os autores tentaram superar as falhas apontadas em outros instrumentos.

A construção do instrumento ocorreu após leitura atenta da literatura disponível, momento em que os autores resumiram as principais características da liderança servidora e formaram um modelo preliminar. Em seguida, realizaram entrevistas com vários gestores que, de acordo com especialistas do Centro Europeu Greenleaf para Liderança Servidora, exemplificaram esse modelo de liderança.

Os *insights* da literatura apresentados no modelo preliminar e os resultados dessas entrevistas levaram às oito características de liderança servidora, que se apresentam como: Empoderamento*:* um conceito motivacional focado em dar autonomia às pessoas e incentivo ao desenvolvimento pessoal; Prestação de contas ou responsabilização*:* responsabilizar as pessoas para o desempenho que podem controlar; Prospectiva*:* trata-se da medida em que um líder dá prioridade ao interesse dos outros em primeiro lugar e dá-lhes o apoio e créditos necessários; Humildade: A humildade surge de uma compreensão adequada de seus pontos fortes e fracos; Autenticidade: é sobre ser fiel a si mesmo, expressar-se de maneira consistente com os pensamentos e sentimentos; Coragem: está relacionada ao comportamento proativo e implica a criação de novas maneiras; Aceitação interpessoal: é sobre a empatia, ser capaz de cognitivamente adotar a perspectiva psicológica de outras pessoas e experimentar sentimentos de calor e compaixão. Manejo ou gestão: se refere à vontade de assumir a responsabilidade para a instituição maior e ir para o serviço, em vez de controle e autointeresse (VAN DIERENDONCK; NUIJTEN, 2011).

Hanse et al. (2016) desenvolveram um estudo entre 2011 e 2013, em quatro hospitais da Suécia, no qual participaram 240 funcionários, com o objetivo de investigar o impacto das dimensões da liderança servidora e a relação com o *Leader-member Exchange (LMX)* que avalia relações entre a troca líder-membro. A liderança foi medida utilizando o SLS e considerando as cinco dimensões primárias de comportamento de líder servidor. Os resultados sugerem que a liderança servidora promove um *LMX* de alta qualidade.

O SLS foi também usado na Islândia, em instituições que prestam cuidados de saúde a idosos, cuja ideia era saber sobre as atitudes dos funcionários de cuidados de saúde usando liderança servidora em seu ambiente de trabalho, além de investigar se haveria uma ligação entre elementos de liderança servidora e melhores resultados da equipe. Participou do estudo o pessoal de enfermagem (n=211) que trabalhava em todos os departamentos clínicos nos hospitais regionais islandeses. Foi utilizada neste estudo a versão islandesa do instrumento holandês, o *Dutch instrument (Servant Leadership Survey, SLS)*, criado por van Dierendonck e Nuijten (2011), que avalia a percepção do pessoal de enfermagem em relação ao comportamento de liderança de seu superior. A liderança foi medida pelo *SLS*, considerando as cinco dimensões primárias de comportamento de líder servidor de

instrumentos anteriores, agora adaptadas para “empoderamento”, “responsabilidade”, “prospectiva” (ou servidão), “'humildade”, “manejo” (GUNNARSDÓTTIR, 2014).

O instrumento *SLS* da versão islandesa consiste em 30 perguntas em uma escala de Likert de seis pontos (concordo - discordo totalmente) relativo com a vontade de servir, prestação de contas, concessão, coragem, perdão, autenticidade, humildade e gestão, com base em levantamento na literatura sobre líderes servidores. Estas oito dimensões cobrem os aspectos mais importantes da liderança servidora. De acordo com os autores, a pesquisa tem um valor aumentado, uma vez que esta inclui características essenciais do líder servidor que têm sido negligenciadas em outras escalas de liderança até o momento (VAN DIERENDONCK; NUIJTEN, 2011).

6.2.13 *Authentic Leadership Questionnaire* (ALQ)

Dos 38 estudos na RI, cinco estudos utilizaram o ALQ para avaliar liderança, sendo que todos ocorreram no Canadá; um utilizou a versão traduzida e validada para o francês, e os outros quatro utilizaram a versão em inglês, com autorização da dispobilização do uso, assim como ocorre com o *MLQ.*

Walumbwa et al. (2008) apresentaram o Questionário da Liderança Autêntica (em inglês *Authentic Leadership Questionnaire – ALQ)* na forma de um instrumento de mensuração da liderança autêntica, tratando-se de um questionário de dezesseis fatores que avaliam as principais características atribuídas à liderança autêntica: “autoconsciência” (4 itens), “moral e ética” (4 itens), “processamento equilibrado de informações” (3 itens) e “transparência nos relacionamentos” (5 itens). Os participantes registram as respostas em uma escala *Likert* de cinco pontos, com variação de 0 = nenhuma/raramente; a 4 = “frequentemente, se não sempre”.

Esper e Cunha (2015), em seu estudo de RI, constataram que o foco das pesquisas em liderança autêntica mudou logo após a disponibilização do *ALQ*, partindo da busca pela fundamentação teórica adequada à proposta da liderança autêntica, para a validação empírica, especialmente quantitativa, do construto.

De acordo com os autores acima, estiveram envolvidos tanto novos

pesquisadores, como Caza et al. (2010), na Nova Zelândia; e Zheng et al. (2011), na China; quanto os pesquisadores precursores da temática, como Gardner, Fischer e Hunt (2010); Walumbwa et al. (2010) e Hannah, Walumbwa e Fry (2011).

Read e Laschinger (2015), no Canadá, testaram um modelo vinculado à liderança autêntica para verificar a percepção de enfermeiros recém-graduados em relação aos gestores, assim como a percepção para capacitação estrutural, relações sociais, saúde mental e satisfação no trabalho, envolvendo 191 enfermeiros recém-formados de Ontário, utilizando o questionário *ALQ*.

No Canadá, as autoras acima, com outras pesquisadoras, utilizaram o *ALQ* para testar um modelo de comportamentos de liderança autêntica para os supervisores de enfermagem, que supervionavam enfermeiras recém-formadas, em seus locais de trabalho, vinculando-os com a autoeficácia ocupacional, *Burnout*, e saúde mental nos primeiros três anos de prática, além de examinar a validade deste modelo em uma população anteriormente não estudada - enfermeiros recém-licenciados. Participaram 1.009 enfermeiros que trabalhavam na assistência direta ao paciente em ambientes de cuidados agudos (LASCHINGER et al., 2015).

As autoras Wong e Giallonardo (2013), no Canadá, também testaram um modelo que examina as relações entre liderança autêntica, a confiança dos enfermeiros em seu gerente, as áreas de vida no trabalho de enfermeiros e ocorrências de efeitos adversos nos pacientes, utilizando o *ALQ*. Participaram deste estudo 280 enfermeiros.

Foi ainda testado um modelo teórico, associando liderança autêntica com a confiança da equipe de enfermagem nos seus gerentes, engajamento de trabalho, atitudes e percepção da qualidade nos cuidados da unidade, em 280 enfermeiros que trabalham em hospitais de cuidados agudos em Ontário (Canadá) (WONG; LASCHINGER; CUMMINGS, 2010).

Nelson et al. (2014) utilizaram a versão francesa do *ALQ*, com o objetivo de aprofundar a compreensão do bem-estar psicológico entre enfermeiros, avaliando o papel de liderança autêntica e o clima de trabalho. A escala do *ALQ* na versão francesa possui 12 itens com quatro dimensões: 1) autoconsciência (3 itens); 2) processamento equilibrado de informações (3 itens); 3) transparência nos relacionamentos (3 itens); e 4) perspectiva moral internalizada (3 itens), sendo que as pontuações da escala *Likert* variam de 0 a 5 pontos.

Novamente chama a atenção o fato de a configuração dos instrumentos

ter sido modificada considerando a cultura e o contexto em que foram aplicados.

No intuito de apresentar um novo instrumento de avaliação da liderança autêntica, Esper e Cunha (2015), a partir de uma Revisão Integrativa da Literatura, apresentam o Inventário da Liderança Autêntica (*Authentic Leadership Inventory – ALI)* de Neider e Schriesheim (2011), no qual buscaram demonstrar a maior confiabilidade do seu instrumento de avaliação em comparação com o ALQ.

6.2.14 *Global Transformational Leadership Scale* (GTLS)

A *Global Transformational Leadership Scale (GTLS)* foi utilizada em três estudos, dos 38 estudos que compõem a amostra.

A construção da *GTLS* foi conduzida por Carless, Wearing e Mann (2000), para o desenvolvimento de um modelo com sete comportamentos que caracterizam este tipo de liderança. Assim, o líder transformacional: 1) comunica uma visão clara e positiva do futuro; 2) trata os seus colaboradores de forma individualizada, apoiando e encorajando o seu desenvolvimento; 3) encoraja e atribui reconhecimento aos seus colaboradores, 4) promove a confiança, o envolvimento e a cooperação entre os membros da equipe; 5) estimula os membros a pensarem nos problemas de formas diferentes e questiona suas ideias; 6) é consciente acerca dos seus valores e pratica o que defende; 7) incute orgulho e respeito nos outros, e inspira os colaboradores por ser altamente competente. Estes comportamentos constituem os 07 itens da escala *GTLS*, consistindo, a maioria, em afirmações amplas que representam comportamentos bastante complexos, uma vez que os autores queriam desenvolver uma medida breve, mas consistente, com as conceitualizações teóricas da liderança transformacional.

Na Dinamarca, um estudo pretendeu investigar a relação longitudinal entre comportamentos de liderança transformacional e a qualidade do sono de 274 trabalhadores de saúde de um grande setor de cuidados de idosos do governo, e os efeitos da mediação da autoeficácia. Para medir a liderança transformacional, foi utilizada a Escala Global de Liderança Transformacional, sendo constituída por sete itens. Um exemplo de item da escala *GTLS*: “Meu líder incentiva a pensar sobre os problemas de novas maneiras e permite perguntas". As categorias de resposta foram:

1) a um nível muito extenso; 2) para uma grande extensão; 3) um pouco; 4) com uma pequena extensão; 5) a uma extensão muito pequena (MUNIR; NIELSEN, 2009).

Ainda na Dinamarca Nielsen et al. (2008) realizaram um estudo objetivando explorar as relações entre a liderança transformacional, percepção das condições de trabalho dos seguidores, satisfação de bem-estar e de trabalho. Foram abordados 477 funcionários que trabalhavam em cuidados de idosos em um serviço de grande porte do governo local dinamarquês, utilizando a escala *GLTS*.

Em outro estudo, Nielsen et al. (2009) examinaram, em um grupo de 274 cuidadores de idosos, dois mecanismos psicológicos possíveis que ligavam comportamentos de liderança transformacional à satisfação do trabalho e bem-estar do empregado. Os participantes foram convidados a responder sobre a sua autoeficácia, eficácia da equipe, saúde e bem-estar, além de serem convidados a avaliar o seu gerente imediato (gerente de linha, de acordo com a escala hierárquica) em uma variedade de comportamentos de liderança referenciados na liderança transformacional que tem se mostrado importante para atuar neste nível de gestão.

Todos os estudos que utilizaram a GTLS e que fizeram parte da amostra foram aplicados predominantemente na Dinamarca, na versão em inglês apresentada por Carless, Wearing e Mann (2000); foi encontrado apenas um estudo de GTLS traduzido e validado para o português de Portugal (VAN BEVEREN, 2015).

De acordo com a autora, optou-se por utilizar a escala GTL enquanto medida da liderança transformacional, dadas a sua elevada confiabilidade e dimensão reduzida (contém apenas sete itens), e ser considerada como um instrumento que mede a liderança transformacional como um construto único (VAN BEVEREN, 2015).

Outra justificativa para o uso da GTLS é a economia de tempo, pois de acordo com o desenvolvedor da escala, o *Leadership Practices Inventory* (LPI) e o *Multifactorial Leadership Questionnaire* (MLQ) têm em comum o fato de serem relativamente extensos, tornando com que o seu preenchimento necessite de muito tempo (CARLESS; WEARING; MANN, 2000).

6.2.15 *Leader-member Exchange (LMX)*

A teoria do *Leader-member Exchange (LMX)* é apresentada em dois estudos desta RI, sendo aplicado no idioma inglês.

A argumentação da teoria *LMX* de troca entre líder e liderados está pautada no fato de que o líder não apresenta um estilo homogêneo com todos os seus seguidores, pois ele constrói um grupo de confiança que, de acordo com a teoria, é classificado como “grupo de dentro”, recebendo atenção exacerbada por parte do líder, contando com alguns privilégios especiais (ROBBINS, JUDGET; SOBRAL, 2010).

Para liderados que não estejam no “grupo de dentro”, fazendo parte do “grupo de fora”, por consequência, recebem menos atenção do líder, menos recompensas e suas relações com o líder são limitadas às interações formais baseadas na autoridade. De acordo com os autores, no início do relacionamento entre o líder e o liderado, o líder implicitamente acaba adicionando o liderado no “grupo de dentro” ou no “grupo de fora” e esse relacionamento tende a se manter estável, ao longo do tempo (ROBBINS, JUDGET; SOBRAL, 2010).

Robbins, Judget e Sobral (2010) apontam terem sido encontradas evidências que sugerem que a escolha do “grupo de dentro” é baseada no fato de os escolhidos terem atitudes e características de personalidade semelhantes às do líder ou por terem um nível de competência superior aos demais.

No entanto, de acordo com Han e Bai (2014), são as qualidades que intermediarão essa relação, assim, o *Leader-member exchange (LMX)* refere-se à qualidade da relação entre um empregado e seu chefe, pois geralmente, os líderes desenvolvem relações diferenciais entre os subordinados que se reportam diretamente a eles em seus grupos de trabalho. Indivíduos com *LMX* de alta qualidade são escolhidos pelos supervisores por causa da competência, credibilidade e motivação para assumir mais responsabilidades e são considerados como "membros do grupo" e, consequente a isto recebem maior atenção e mais apoio de seus supervisores. Em troca, esses indivíduos são mais propensos a retribuir o tratamento preferencial de seus supervisores, indo além das obrigações, ao ajudar o supervisor.

O *Leader-member exchange (LMX) foi utilizado* em um estudo realizado

na Suécia, cujo objetivo era investigar o impacto das dimensões da liderança servidora entre 240 profissionais de saúde. Esse instrumento mede a qualidade da relação supervisor-empregado ("seguidor") de acordo com o conceito do *LMX*. A pontuação do *LMX* foi medida com quatro itens da escala: "afeto", "lealdade", "contribuição" e "respeito profissional"'. Estes quatro itens representam quatro subdimensões para medir a percepção da qualidade do relacionamento dos superiores e dos empregados. Foi utilizada uma versão resumida do *LMX* com um item para cada dimensão. Cada item foi avaliado usando uma escala de sete pontos do tipo Likert, cujas pontuações mais altas representam os intercâmbios de maior qualidade, ou seja, *LMX* de alta qualidade, “discordo fortemente” =1; a “concordo fortemente” = 7 (HANSE et al.,2016).

Em contrapartida, Han e Bai (2014) publicaram um estudo realizado nos Estados Unidos que visava a explorar como diferentes tratamentos aplicados a enfermeiros/subordinados por líderes de equipe de cuidados de saúde poderiam afetar a percepção de justiça organizacional, e se ainda a interdependência da equipe poderia fortalecer o relacionamento com enfermeiros. O estudo ocorreu em 2008, em um hospital sem fins lucrativos no centro-oeste dos EUA. Participaram 187 enfermeiros que responderam ao *LMX* para avaliar a relação entre o líder e subordinados. Esse instrumento trata sobre a qualidade da relação entre um trabalhador e seu líder (supervisor). O *LMX* de alta qualidade pode ser exemplificado por altos níveis de confiança mútua, boa comunicação, respeito e influência recíproca.

6.2.16 *Charismatic Leadership Socialized Scale*

A *Charismatic Leadership Socialized Scale aparece* em apenas um estudo. Trata-se de uma escala que possui 143 itens para medir a Liderança Carismática, Instrumental, e a dimensão de Compromisso e Satisfação, Motivação e Eficácia da Equipe. O instrumento apresenta duas partes: a primeira, com 124 itens das várias dimensões da Liderança Carismática e Instrumental referentes a comportamentos do gestor; a segunda parte do instrumento contém19 itens e destina-se à escala da dimensão de Compromisso e Satisfação, Motivação e

Eficácia da Equipe. O construto da Liderança Carismática constitui-se de nove fatores: Autoconfiança e Determinação; Comunicação Inspiradora; Confiança nos Seguidores; Estímulo Intelectual; Expectativa de Desempenho; Integridade; Justiça; Modelagem do Papel e Visão. Já o construto da Liderança Instrumental conta com sete fatores: Compartilhar o Poder; Consideração; Esclarecimento do Papel; Orientação; Orientação ao Desempenho; Orientação da Equipe; e Reconhecimento Contingente. O terceiro construto da escala *Charismatic Leadership Socialized Scale* consta de três fatores vinculados aos comportamentos dos funcionários, é composto por: "Compromisso e Satisfação"; "Motivação"; e "Eficácia da Equipe". Cada construto trata-se de uma subescala. Os itens das subescalas são avaliados com alternativas de uma escala de *Likert* de respostas de sete pontos: 1 = discorda intensamente; 2 = discorda moderadamente; 3 = discorda levemente; 4 = nem concorda e nem discorda; 5 = concorda levemente; 6 = concorda moderadamente; 7 = concorda intensamente (CHAVAGLIA et al., 2013).

Os autores acima realizaram a tradução e validação da escala de liderança carismática "*Charismatic Leadership Socialized Scale"* da língua inglesa para a portuguesa e adaptaram-na à cultura brasileira, por meio de aplicação a 211 profissionais da área de enfermagem hospitalar.

6.2.17 *Grid Gerencial*

Este instrumento aparece em um único estudo do levantamento realizado por esta RI. Sua aplicação existe na versão inglesa e portuguesa (Brasil), de acordo com os estudos encontrados.

Trevizan et al. (2001), ao final da década de 1980, desenvolveram um instrumento baseado na Teoria do Grid Gerencial, teoria esta que foi elaborada por Robert Blake e Jane Mouton na década de 1980, com base nos resultados encontrados nos estudos sobre liderança, sendo definidas duas dimensões básicas: 1) orientada para produção e 2) orientada para pessoas.

Estruturalmente, o eixo horizontal representa a orientação para produção, e o eixo vertical representa o interesse pelas pessoas. Em cada eixo há indicação do grau de interesse, com uma escala de nove pontos, no qual o 01 representa o

nível mais baixo, 05 o nível médio, e 09 o mais alto grau de orientação. Dessa forma, ocorre a combinação dessas dimensões, numa escala de 0 a 9, e para ambas as orientações (produção e pessoas) que constituem as modalidades de gerência, denominadas de: 1.1 (Gerência Empobrecida); 1.9 (Gerência de Clube Campestre); 5.5 (Gerência do Homem Organizacional); 9.1 (Gerência com Autoridade/ Obediência); 9.9 (Gerência de Equipe) (TREVIZAN et al., 2001).

O estilo 9,1 apresenta o líder com orientação máxima para produção e mínima para pessoas, com grande necessidade de poder, controle e domínio sobre as pessoas. Esse líder teme o fracasso e, quando ocorre, culpa os outros. Já o líder com estilo 1,9 possui orientação máxima para pessoas e mínima para produção, centralizando a atenção às necessidades das pessoas para promover um relacionamento de amizade, clima agradável e conforto ao ritmo de trabalho. Teme a rejeição e precisa ser apreciado pelos seus subordinados. Assim, ao investir apenas na pessoa, a organização dificilmente apresentará grau elevado de produtividade. De modo inverso, o líder com estilo 1,1 apresenta orientação mínima para ambas as dimensões, investe o mínimo necessário para a execução do trabalho com o propósito de manter a sua participação na organização. O gerente estilo 5,5 procura se desempenhar de modo satisfatório na organização e representa a média entre as duas dimensões, trabalhando um equilíbrio entre a necessidade de realizar o trabalho e a preocupação com as pessoas. O estilo 9,9 integra as preocupações com a produção e as pessoas em grau máximo, numa abordagem de equipe, centrada em metas, com vistas a obter excelentes resultados por meio da participação, compromisso e empenho de todos os colaboradores. O líder com este estilo de liderança deseja contribuir para o sucesso da organização e está comprometido a envolver todas as pessoas nesta missão, promovendo abertura, espontaneidade, confiança, respeito, responsabilidade compartilhada e competência (TREVIZAN et al., 2001).

Castro e Santos (2008) testaram um instrumento baseado na Teoria *Grid* Gerencial em 11 enfermeiros de um hospital público do Rio de Janeiro, no ano de 2007. São variáveis relacionadas ao exercício da liderança as seguintes dimensões da conduta do líder em situações de trabalho: decisão, iniciativa, investigação, posicionamento, solução de conflitos e crítica. O Instrumento de Coleta de Dados (ICD) foi composto pelas variáveis de atributos pessoais e profissionais. Para alguns itens das variáveis de atributo individual e profissional, adotou-se uma faixa de

intervalo para facilitar a apuração dos dados. Na distribuição das alternativas referentes à liderança, foi utilizada a Escala *Likert*, cuja pontuação varia de 1 a 5, a fim de graduar as respostas dos sujeitos, correlacionando-as às dimensões da conduta do líder teorizadas por Blake e Mouton. Sempre que os sujeitos assinalam a pontuação 01, estão reconhecendo a Gerência com Autoridade como própria de seu estilo; a pontuação 02 caracteriza a Gerência de Clube Campestre; a pontuação 03 corresponde à Gerência Empobrecida; a pontuação 04, à Gerência do Homem Organizacional; e a pontuação 05, à Gerência de Equipe.

Todas as alternativas requerem justificativas para que se compare sua coerência com a alternativa assinalada. Os resultados gerais dessa pesquisa demonstram que os enfermeiros ocupam cargos que exigem o desempenho do papel de liderança. Eles se autopercebem, se idealizam, se imaginam como líderes de equipe, em primeira opção, e em segunda opção, como líderes organizacionais, intuindo-se que essa percepção pode ser real se o líder deseja atender às exigências da instituição onde atuam. As autoras referem que, de acordo como estilos de liderança adotados por enfermeiros do estudo em relação à autopercepção, predomina entre os líderes de enfermagem o estilo participativo 9.9 (Gerência de Equipe). O estilo subdominante, e que surge nas situações de conflito, corresponde à Gerência do Homem Organizacional (5.5). O estilo rejeitado, encontrado nesse estudo, foi o correspondente à Gerência com Autoridade (9.1). E por fim, o 1.1 (Gerência Empobrecida), orientado para pessoas e produtividade.

6.2.18 *Leadership Effectiveness and Adaptability Description (LEAD)*

O instrumento *Leadership Effectiveness and Adaptability Description (LEAD)* (Descrição de Eficácia e Adaptabilidade do Líder) mede três aspectos do comportamento do líder: 1) estilo, 2) faixa de estilo e 3) adaptabilidade do estilo (HERSEY, BLANCHARD, 1986).

Da amostra de 38 estudos desta Revisão Integrativa, dois estudos citaram o referido instrumento, sendo um na versão original em inglês e outro em português do Brasil.

Antes deste modelo, os mesmos autores já haviam apresentado o *Leader*

Adaptability and Style Inventory (LASI) que consistia em 12 perguntas de múltipla escolha, cujo objetivo era medir a autopercepção nos três aspectos do comportamento do líder: estilo, variedade de estilo e adaptabilidade de estilo. A autopercepção do estilo pode diferir da realidade, sendo considerado mais importante ser percebido por aqueles que o líder tenta influenciar. Partindo do pressuposto de que a autopercepção poderia detectar, ou não, o estilo real de liderança, foram desenvolvidos pelo *Center for Leadership Studies (CLS)*, dois instrumentos *LEAD*: um para autopercepção, que consiste em uma autoavaliação em relação aos comportamentos do líder, e outro de heteropercepção, que aponta as percepções dos colegas, subordinados e superiores do líder. Os líderes preenchem o formulário *LEAD* para autopercepção, no mesmo momento em que seus liderados preenchem o *LEAD* de heteropercepção (sobre seu líder).

Ambos os questionários do *LEAD* (autopercepção e heteropercepção) possuem 12 perguntas de liderança que simulam situações em que os respondentes são solicitados a escolher, entre quatro ações alternativas, o estilo que julgam ser mais coerente do seu próprio comportamento em tal tipo de situação (*LEAD*-autopercepção), ou do comportamento de seu líder (formulário de heteropercepção). As respostas refletem os quatro estilos básicos do comportamento: a) E1: tarefa alta/ relacionamento baixo; b) E2: tarefa alta/ relacionamento alto; c) E3: relacionamento alto/ tarefa baixa; d) E4: relacionamento baixo/ tarefa baixa. Os estilos que obtiveram maior pontuação, dentro dos resultados apresentados pelo *LEAD* de heteropercepção, servirão para identificar o perfil do líder, somando-se à quantidade que cada estilo básico de liderança se repete (E1, E2, E3 ou E4) e divide-se pelo número de entrevistados para encontrar a média (HERSEY, BLANCHARD, 1986).

Silva e Galvão (2007) desenvolveram um estudo para analisar a concordância, na opinião entre o enfermeiro e os membros de uma equipe de enfermagem, sobre o estilo de liderança exercido pelo enfermeiro de centro cirúrgico, em relação às categorias de atividades desenvolvidas neste setor. Participaram 15 enfermeiros, 02 técnicos e 13 auxiliares de enfermagem, atuantes em nove instituições hospitalares de Londrina, sendo aplicados dois instrumentos que foram construídos e adaptados: 1) Integração de Maturidade e Estilo (avaliação do líder) e 2) Integração de Maturidade e Estilo (avaliação do funcionário). A construção destes instrumentos utilizou como referência um de dois instrumentos da série *LEAD (Leadership Effectiveness and Adaptability Description)* desenvolvido

pelos autores da liderança situacional, que foi utilizada como referencial teórico pelos autores desse estudo. Os instrumentos criados foram submetidos a validações de aparência e conteúdo.

Os instrumentos se referem à Integração de Maturidade e Estilo (avaliação do líder) e Integração de Maturidade e Estilo (avaliação do liderado), criados por Galvão (1995) e posteriormente publicados por Galvão, Trevizan, Sawada e Fávero (1997). Na primeira etapa do estudo, foram construídos os dois instrumentos (Integração de Maturidade e Estilo/avaliação do líder e Integração de Maturidade e Estilo/avaliação do liderado). A construção destes instrumentos foi baseada nos estudos de Hersey e Blanchard, sobre liderança situacional, cujo objetivo é traçar uma correspondência de opinião entre o enfermeiro e um elemento do pessoal auxiliar de enfermagem (líder e liderado), a respeito do estilo de liderança exercido pelo enfermeiro de unidade de internação cirúrgica em relação às seis categorias de atividades assistenciais desenvolvidas na unidade sendo: 1) categoria limpeza na sala de operações; 2) categoria preparo da sala de operações; 3) categoria recepção do paciente na sala de operações; 4) categoria assistência de enfermagem prestada ao paciente na sala de operações; 5) categoria atendimento à equipe cirúrgica e 6) categoria anotações de enfermagem (GALVÃO; TREVIZAN; SAWADA; FÁVERO, 1997).

No estudo de Silva e Galvão (2007), a maturidade do liderado foi investigada na terceira parte dos instrumentos aplicados, sendo que abaixo de cada categoria de atividades desenvolvidas na sala de cirurgias (local de aplicação do estudo) existem duas escalas, as quais mensuram a maturidade profissional (capacidade) e a maturidade psicológica (disposição) dos liderados. Os enfermeiros, ao responderem ao instrumento “Integração de Maturidade e Estilo – avaliação do líder”, determinaram o nível de maturidade do liderado (técnico ou auxiliar de enfermagem) em cada categoria de atividades estudadas. Os técnicos ou auxiliares de enfermagem, ao responderem ao instrumento “Integração de Maturidade e Estilo – avaliação do funcionário” determinaram os seus próprios níveis de maturidade nas categorias de atividades desenvolvidas no local de trabalho. Frente à Matriz de Integração entre Maturidade e Estilo, os escores assinalados nos instrumentos pelos sujeitos investigados tornaram possíveis identificar os estilos de liderança que o enfermeiro deveria adotar em relação ao nível de maturidade do liderado, nas categorias de atividades estudadas (SILVA; GALVÃO, 2007).

Intaraprasong et al. (2012) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de analisar a relação entre os estilos de liderança situacional, as características do trabalho da equipe de enfermagem com satisfação no trabalho e o comprometimento organizacional dos enfermeiros-chefes que trabalham em hospitais sob a jurisdição do Exército Real Tailandês. Participaram desse estudo 117 enfermeiras-chefes. Foi aplicado (*Leadership Effectiveness and Adaptability Description - LEAD*), entre outros questionários, localizados a partir de uma revisão da literatura para atender aos objetivos do estudo. Para o questionário do estilo de liderança situacional da enfermeira-chefe, foram aplicados os conceitos e a teoria de Hersey e Blanchard a fim de construir respostas sobre o estilo de liderança situacional das enfermeiras-chefes. Foram usadas, para avaliar o estilo primário e secundário, a flexibilidade e a adaptabilidade de estilo de liderança do enfermeiro-chefe.

A partir dos estudos apresentados nesta categoria, constatou-se a importância dada à avaliação da liderança a partir do uso de instrumentos validados.

No entanto, para a aplicação destes instrumentos, os autores utilizaram dados a partir da combinação adicional com outros instrumentos que mensuravam outros aspectos relacionados às variáveis de comportamentos em liderança, contexto e pessoas envolvidas.

Notou-se que diversos comportamentos de liderança estavam presentes nos instrumentos apresentados, sendo que a maioria deles se reportava para alguma forma de apoio aos vários níveis envolvidos (líderes e liderados).

Foram percebidos comportamentos voltados para os relacionamentos, cujo líder solicita opiniões, melhora a colaboração, promove a formação de equipes, capacita treinadores e facilita o desenvolvimento das pessoas.

Outros comportamentos observados nos instrumentos deste estudo foram os que estão orientados para as tarefas, em que existe o fornecimento de recursos materiais e humanos adequados por parte do líder que estabelece o planejamento das ações e tomadas de decisões, assim como esclarece os resultados para o grupo em que atua, trabalha a supervisão e instrução do grupo.

Ainda foram observados aqueles estudos que apresentavam a avaliação com a intenção de mudar comportamentos, observando questões em que o líder define claramente as prioridades para o alcance do sucesso e inovação.

6.3 Relações entre liderança e impacto na equipe

Dos 08 estudos desta categoria, a maioria retratou a percepção do impacto da liderança na equipe de trabalho, assim como os resultados na qualidade do trabalho, merecendo destaque o incentivo que os serviços e organizações oferecem para que, de fato, promova-se uma liderança que leve a uma melhor qualidade de assistência, como por exemplo, adotando condições de ambientes de trabalho que favoreça a prática de liderar.

Há aproximadamente três décadas, muitas empresas ainda consideravam seus funcionários como recursos, exigindo que trabalhassem isoladamente, em horários rígidos, seguindo normas e regras, subordinados a chefes autoritários, sendo fiéis às organizações e especializados em uma única tarefa na empresa. Esses funcionários deviam executar somente a tarefa prevista e mais nenhuma outra; tinham de apresentar destrezas manuais, isto é, deveriam ser rápidos e agir com perfeição; enfim, eram considerados como se fossem máquinas e poderiam parar apenas quando fossem desligados (CHIAVENATO, 2005).

Felizmente, muitas coisas se alteraram na atualidade, de modo que a divisão do trabalho em tarefas, o comportamento regido por normas e regras, bem como a autocracia exercida pelo superior imediato não se aplica mais à realidade. Vários estudos têm mostrado isso e destacado aspectos envolvidos que impactam na rotina e na vida dos profissionais, principalmente os que se referem à motivação e ao comprometimento organizacional.

Um desses estudos foi desenvolvido por Garber et al. (2009) que analisaram as atitudes de colaboração e a relação com a liderança servidora entre enfermeiros, médicos e residentes, fazendo uso do *SLS* para avaliar a liderança servidora, e a Escala de atitudes de Jefferson para mensurar as atitudes de colaboração. Os autores constataram que a prática de colaboração e liderança servidora tem um impacto em todas as relações de cuidadores, bem como nas relações médico-paciente. Assim, enfermeiros, médicos e residentes devem se comunicar, a fim de cuidar dos pacientes, e ainda, devem perceber e valorizar que a colaboração é significativa para os resultados dos pacientes e satisfação do local de trabalho.

Estudo semelhante, desenvolvido por Hanse et al. (2016), analisou o

impacto das dimensões da liderança servidora associadas aos itens do *LMX* para medir a percepção da qualidade do relacionamento dos superiores e dos empregados. Todas as cinco dimensões principais de liderança servidora obtiveram correlações estatisticamente significantes com o *LMX*. O presente estudo mostrou que o estilo de liderança servidora influencia positivamente um *LMX* de alta qualidade entre os profissionais de saúde. Consequentemente, a alta qualidade do *LMX* inclui um alto grau de confiança mútua, de modo que este incide diretamente sobre as interações individuais que podem se desenvolver entre supervisores e funcionários dentro de uma organização. Assim, uma boa relação com o supervisor (ou seja, de alta qualidade *LMX*) refere-se ao significado do trabalho, como empregados recebendo mais apoio, tornando o trabalho mais interessante e melhorando a compreensão do seu papel dentro da organização hospitalar.

Armini (2014) abordou, em seu estudo, o perfil individual e profissional do enfermeiro de unidade de terapia intensiva de um hospital do Rio de Janeiro, bem como os estilos de liderança em diferentes situações do cotidiano de trabalho. Para isso, esse autor aplicou um questionário de múltipla escolha, em que as variáveis referentes aos estilos gerenciais são analisadas; além disso, cada pergunta remete às seis opções, cada uma delas correspondente a um estilo *Grid* (9.9 - Gerência de Equipe; 5.5 - de Gerência do Homem Organizacional; 9.1 - Gerência com Autoridade 1.9 - Gerência de Clube Campestre, por fim, o 1.1- Gerência Empobrecida).

Esse questionário foi aplicado em uma amostra de 31 enfermeiros, cujos dados foram analisados baseados a partir dos pressupostos da Teoria do Grid Gerencial de Blake e Mouton (2000), por estatística simples, compilada por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS). Os resultados evidenciaram que as mulheres predominam na liderança em enfermagem, sendo estas profissionais jovens e pós-graduadas, mas com reduzida capacitação específica para a liderança.

Em relação aos estilos de liderança, conforme o Grid Gerencial, os resultados mostraram que dois estilos são dominantes na instituição estudada: a gerência empobrecida que consiste em uma postura de desmotivação e desinteresse diante da função exercida de líder e a gerência da autoridade/obediência que significa um líder rígido e autoritário. Além desses dois estilos predominantes, outros puderam ser encontrados: a gerência do homem organizacional que é aquele que se evade quando se encontra diante de um desafio,

que não se envolve e apresenta baixo comprometimento com questões de conflitos. Esses resultados evidenciaram a urgência de capacitação para o desenvolvimento de habilidades de liderança, bem como mais pesquisas a respeito do assunto, para se conhecer a percepção dos enfermeiros-líderes em seu papel e no gerenciamento do cuidado (ARMINI, 2014).

Do mesmo modo, Manola e Moreira (2014) investigaram a percepção de liderança de 19 líderes e 331 liderados no contexto hospitalar, baseados no Grid Gerencial de *Blake* e *Mouton* (2000), por meio da aplicação de dois questionários, aos líderes e liderados, respectivamente. Os resultados mostraram que na percepção dos liderados, os líderes são autoritários, o que acaba por prejudicar de forma negativa a participação dos liderados, distanciando-os dos objetivos da instituição hospitalar e desestimulando o desempenho profissional. Sobretudo, na percepção dos líderes, não existe autoritarismo, o que mostra que não existe um consenso entre líderes e liderados, havendo a necessidade de maior aperfeiçoamento profissional a respeito do tema da liderança, bem como o desenvolvimento de uma relação mais ética entre líderes e liderados, de modo que o autoritarismo seja substituído por uma liderança com credibilidade, para que a instituição possa alcançar resultados de qualidade.

A respeito da avaliação do estilo de liderança a ser adotado para obtenção de impacto na equipe, Silva e Galvão (2007) desenvolveram um estudo para analisar a concordância ou não, na opinião do enfermeiro e dos membros de uma equipe de enfermagem, sobre o estilo de liderança exercido pelo enfermeiro de centro cirúrgico, em relação às categorias de atividades desenvolvidas neste setor. Frente à Matriz de Integração entre Maturidade e Estilo desenvolvida pelos autores da liderança situacional e os escores assinalados nos instrumentos pelos participantes investigados, identificaram-se os estilos de liderança que o enfermeiro de centro cirúrgico deveria adotar em relação ao nível de maturidade do liderado. Nesse estudo, os autores identificaram que a eficácia da prática de liderança vai depender da habilidade do enfermeiro em adaptar o seu estilo ao nível de maturidade do membro da equipe em relação a uma determinada atividade a ser executada, para tanto, o sucesso do líder depende da articulação entre o estilo de liderança adotado e a maturidade do liderado.

Já o estudo de Deschamps et al. (2016) mostrou o impacto gerado na equipe ao correlacionar a liderança transformacional com a justiça organizacional.

Os autores investigaram profundamente as relações entre líderes transformacionais, justiça organizacional e motivação dos empregados nas organizações em processo de mudança com 253 gestores de saúde no Canadá. Ao investigarem as consequências das reformas nos serviços de saúde, olhando para as motivações dos gestores e fatores atenuantes relacionados, e avaliando a influência que os líderes transformacionais têm na motivação dos seus colaboradores por meio de justiça organizacional, chegaram à conclusão de que a liderança transformacional impacta positivamente na motivação e que esta é totalmente mediada por diferentes aspectos da justiça organizacional.

Outro estudo, elaborado por Han e Bai (2014), avaliou a percepção de justiça organizacional em relação a diferentes tratamentos aplicados por líderes aos seus subordinados. Para os autores, justiça organizacional é considerada a psicologia da justiça aplicada aos ambientes organizacionais, sendo dada relevância às percepções de justiça existentes nas relações entre trabalhadores e suas organizações. Existem três tipos de justiça organizacional: a justiça distributiva que pertence à justiça das distribuições de recursos positivos ou negativos, entendidos como bens, serviços, promoções, salários, entre outros; justiça processual que se refere à equidade percebida de um processo de alocação, ou os procedimentos adotados para se fazer uma distribuição; e justiça interacional que envolve a equidade percebida do tratamento interpessoal que cada um recebe.

Os autores constataram que variabilidade do *Leader-Member Exchange* (*LMX)* está relacionada à justiça distributiva e justiça interpessoal, mas não significativamente relacionada com a justiça processual. O termo de “interação” foi significativamente relacionado à justiça interpessoal, mas de forma alguma à justiça processual ou justiça distributiva. Desse modo, quando existe grande diferença de tratamento entre diferentes subordinados por parte de líderes, os funcionários percebem isso como uma distribuição de consideração e interação injusta, o que afeta diretamente o desempenho dos profissionais, principalmente os liderados (HAN; BAI, 2014).

Para que o desempenho seja adequado, as organizações de saúde estão à procura de estilos e estruturas de liderança que apoiem uma cultura focada na qualidade do atendimento para o paciente e um ambiente de trabalho que seja positivamente significativo para os profissionais de saúde (GARBER et al., 2009).

Nesse aspecto, o estudo de Mogolon e Gonzalez (2010) objetivou

analisar a relação geral entre os tipos de liderança transformacional e transacional e as variáveis sociodemográficas e profissionais de 94 docentes de enfermagem da Colômbia que fazem parte de um programa de enfermagem. Assim, seria possível estabelecer os fatores que exercem influência na forma de ensinar e que podem ajudar a direcionar os docentes e instituição a liderar processos que tendem a melhorar a qualidade do ensino superior. Entre as comparações do estudo, constataram que grande parte do corpo docente atua com a Liderança Transformacional, o que pode favorecer a melhoria da qualidade do ensino.

A Associação Americana de Enfermeiras em Cuidados Intensivos (AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES, 2005) apresentou um estudo em que os investigadores concluíram que aproximadamente 90% dos seus membros relataram a percepção da colaboração entre enfermeiros, médicos e administradores, como sendo um dos fatores mais importantes para um ambiente de trabalho saudável. Outras conclusões desse estudo incluíram a identificação de competências essenciais para os profissionais de saúde, como habilidades em comunicação, a colaboração, a tomada de decisão eficaz, pessoal adequado, o reconhecimento autêntico e significativo da liderança (AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES, 2005).

É sabido que os gerentes de enfermagem devem criar ambientes de trabalho para garantir ao pessoal de enfermagem acesso às estruturas de trabalho que lhes permitam adotar comportamentos de liderança, proporcionando assim uma assistência eficaz ao paciente (PATRICK et al., 2011).

Um modelo teórico foi utilizado para estudar, com 280 enfermeiros que trabalham em hospitais de cuidados agudos em Ontário, a associação entre a liderança autêntica e a confiança da equipe de enfermagem nos seus gerentes, engajamento no trabalho, atitudes e percepção da qualidade nos cuidados da unidade. O estudo constatou que a liderança autêntica influenciou significativamente, e de maneira positiva, os enfermeiros da equipe quanto à confiança em seu gerente e ao engajamento no trabalho, que por sua vez permitiu prever as atitudes (tomada de decisão) e perceber a qualidade nos cuidados na unidade (WONG; LASCHINGER; CUMMINGS, 2010).

Já Apekey et al. (2011), objetivando compreender a natureza da liderança e cultura de inovação, bem como avaliar o uso de técnicas e métodos/ferramentas por clínicos gerais, para a melhoria da qualidade, constataram que comportamentos

de liderança foram relatados com pouca frequência, e isso foi associado com uma limitada cultura de inovação por parte dos clínicos gerais participantes. Havia pouco uso de métodos de melhoria de qualidade, demonstrando que as práticas clínicas precisam de apoio para melhorar as habilidades de liderança e incentivar a inovação.

No Canadá, Wong e Giallonardo (2013), ao avaliarem, com 280 enfermeiros, as relações entre liderança autêntica, a confiança dos enfermeiros em seu gerente, as áreas de vida no trabalho, e os resultados adversos dos pacientes, observaram que a liderança autêntica foi significativamente associada à diminuição dos resultados adversos de pacientes. De acordo com as autoras, este foi o primeiro estudo a ligar liderança autêntica e áreas de vida no trabalho com os resultados de pacientes.

De acordo com Wong, Laschinger e Cummings (2010), com os desafios significativos que enfrentam os líderes de enfermagem, a liderança autêntica tem o potencial de fornecer orientação positiva para a criação e manutenção de ambientes de trabalho saudáveis para os enfermeiros e as melhores práticas de liderança para otimizar os resultados dos pacientes.

Nota-se pelos estudos retratados nesta categoria que o impacto na equipe de saúde e de enfermagem é positivo na medida em que o líder adota uma teoria, estilo ou modelo de liderança que seja inovador, que valorize os liderados e a tomada de decisão coletiva, buscando alcançar objetivos institucionais que primem pelo alcance da qualidade. Quando há limitação em relação ao uso de inovações, ou a adoção de práticas inflexíveis por parte do líder, os comportamentos da equipe são negativos, impactando diretamente na assistência prestada.

6.4 Relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais

Dos doze estudos que analisaram o bem-estar dos liderados em relação à liderança, oito estudos objetivavam analisar a relação do modelo transformacional com a qualidade do sono, bem-estar e satisfação no trabalho em saúde.

Cummings et al. (2010), apresentando os resultados de uma amostra de 53 estudos de uma Revisão Sistemática, demonstraram que 24 estudos relataram que os estilos de liderança focados nas pessoas e seus relacionamentos (transformacionais, ressonantes, de suporte e de consideração) foram associados com maior satisfação no trabalho. Por outro lado, 10 estudos demonstraram que os estilos de liderança focados em tarefas (dissonante, instrumental e gerenciamento por exceção) foram associados com menor satisfação no trabalho.

Foi descoberto um caminho direto entre o comportamento de liderança transformacional e bem-estar do empregado, cuja autoeficácia e a eficácia da equipe foram apontadas como mediadoras totais da relação entre liderança transformacional e bem-estar, enquanto eficácia da equipe se apresentou como mediadora parcial da relação liderança transformacional e satisfação no trabalho. Para os autores, os líderes transformacionais também podem ter um efeito positivo sobre a satisfação de trabalho, motivação e bem-estar daqueles que supervisionam (MUNIR; NIELSEN, 2009; NIELSEN et al., 2008; NIELSEN et al., 2009).

Ainda utilizando o modelo de liderança transformacional, um estudo realizado na China por Chen e Baron (2006), examinou junto a 15 docentes, a percepção quanto ao uso do estilo de liderança dos diretores de enfermagem de Faculdades de Enfermagem de Taiwan, bem como seus níveis de satisfação no trabalho. Utilizaram a versão chinesa do *MLQ* para levantar a percepção dos docentes em relação aos estilos de liderança dos diretores de enfermagem. O *MLQ-5*X chinês consiste em 09 subescalas com 36 itens, incluindo o estilo de liderança transformacional com os comportamentos de “influência idealizada”, “motivação inspiradora”, “estímulo intelectual” e “considerações individualizadas”. No estilo de liderança transacional, são avaliados os comportamentos de “recompensa contingencial”, “gerenciamento por exceção passiva” e “gerenciamento por exceção ativa”. E ainda é avaliado o estilo de liderança *laissez-faire*. Os participantes perceberam nos estilos de liderança transformacional os itens com maior pontuação.

Evidenciou-se também que para comportamentos do gerenciamento de enfermagem foi identificado que o gerenciamento por exceção passiva (aquele em que o líder não se envolve ou o faz somente quando o problema se agrava), e o estilo de liderança *laissez-faire* dos diretores de enfermagem, representaram os itens de menor média de pontuação, confirmando que esses estilos de liderança afetam negativamente a satisfação no trabalho dos docentes de enfermagem. Os dados

obtidos sobre variação nos níveis de satisfação no trabalho, também foram atribuídos à “influência idealizada”, que representou uma pontuação com nível moderado (CHEN; BARON, 2006).

De acordo com os autores, esse achado não explica suficientemente a variação no nível de satisfação no trabalho nas faculdades, sendo provável que outros fatores, tais como as condições de trabalho, os colegas e *status* social, que não foram medidos no estudo, contribuam para essa satisfação. Assim, concluíram que o estilo de liderança é apenas um dos muitos fatores na determinação da satisfação no trabalho.

Adicionalmente, Intaraprasong et al. (2012) analisaram a relação entre os estilos de liderança situacional com as características do trabalho da equipe de enfermagem, satisfação no trabalho e comprometimento organizacional dos enfermeiros-chefes que trabalham em hospitais sob a jurisdição do Exército Real Tailandês. Constataram que os estilos de liderança situacional não se correlacionaram com a satisfação no trabalho e comprometimento organizacional dos enfermeiros-chefes.

Já o estudo desenvolvido por Gunnarsdóttir (2014) apresentou resultados que apoiam a correlação significativa entre a liderança servidora e satisfação no trabalho. Os fatores mais fortemente relacionados com características correspondentes à liderança servidora para satisfação no trabalho da equipe de enfermagem foram: a humildade, concessão, responsabilidade e autenticidade. Ressalta-se que é apontada a importância da liderança servidora como estratégia de sustentação da assistência nos serviços de saúde com foco na confiança, parceria e liderança de apoio. De acordo com o autor, estas características de liderança têm o potencial para reforçar a confiança, a coesão social, objetivos compartilhados e capital social. Isto pode representar uma estratégia interessante e valiosa para os líderes no contexto do ambiente desafiador de serviços de saúde na atualidade.

Ghorbanian, Bahadori e Nejati (2015) também investigaram a relação entre estilos de liderança dos gerentes e satisfação no trabalho de técnicos em emergência médica. Entre os gestores e técnicos, a maior pontuação esteve relacionada com o estilo de liderança transformacional, considerando que a menor pontuação média se relaciona com o estilo *laissez-faire*. Além disso, uma relação significativa foi encontrada entre os modelos de liderança transformacional e transacional e satisfação no trabalho. Entretanto, nenhuma relação significativa

positiva foi observada entre a satisfação de trabalho e estilo de liderança *laissez-faire*.

Além da satisfação no trabalho, um estudo evidenciou que o modelo transformacional tem relação direta com a qualidade do sono dos trabalhadores da saúde. Munir e Nielsen (2009), ao investigarem a relação longitudinal entre comportamentos de liderança transformacional e a qualidade do sono de vários trabalhadores de serviços da saúde no Reino Unido e os efeitos da mediação da autoeficácia, concluíram que a liderança transformacional está intimamente relacionada à qualidade do sono. Contudo, embora a liderança transformacional esteja também relacionada à autoeficácia, parece que não é por meio do aumento dela que líderes transformacionais influenciam a qualidade do sono de seus seguidores. Assim, a formação de gestores em comportamentos de liderança transformacional pode ter um impacto positivo na saúde dos trabalhadores de saúde, ao longo do tempo. No entanto, são necessárias mais investigações para analisar quais os mecanismos utilizados para alcançar, de fato, a melhoria da qualidade do sono por meio da liderança transformacional.

Em relação às investigações em liderança no impacto da saúde psicológica ou mental emergiram quatro estudos, destes, três se destacaram apresentando um tópico emergente, a síndrome de *Burnout*. Destes, dois trabalharam a relação do estilo de liderança transformacional e *Burnout* voltados para profissionais de enfermagem.

Pucheu (2010) apresenta *Burnout* como uma síndrome que inclui percepções negativas associadas às possibilidades de realização, exaustão emocional e despersonalização expressa pelos subordinados de seus supervisores. O autor aponta que essa síndrome é de fato relevante, e que os resultados permitem concluir que o tipo de liderança utilizada pelo supervisor pode afetar diretamente o nível de *Burnout* do subordinado. Assim, influência do enfermeiro supervisor no enfermeiro subordinado é mediada tanto por variáveis associadas à estrutura do hospital quanto com a percepção geral sobre a relação construída entre o supervisor e o subordinado (PUCHEU, 2010).

Em seu estudo Pucheu (2010) demonstra que os resultados apresentaram uma forte influência positiva da liderança transformacional em relação a não ocorrência de *Burnout,* e esta pode ser mediada não somente pela capacidade deste ser um modelo de liderança que afeta as percepções e processos afetivos por meio de conversas individuais, mas também por meio do seu impacto

para facilitar a criação de um grupo coeso.

Ebrahimzade et al. (2015), também pesquisaram a relação entre estilo de liderança transformacional e transacional de gerentes de enfermagem no Irã e a ocorrência de *Burnout* em 207 enfermeiros. Esse estudo destacou o papel efetivo que a liderança transformacional apresentou na melhoria da gestão de enfermagem e na redução do desgaste entre os enfermeiros. De acordo com os autores, este estilo de liderança aumenta a criatividade e motivação entre os enfermeiros, o que pode diminuir o *Burnout*. Importante destacar que a liderança transacional, por enfatizar a colaboração, também reduziu as chances de desenvolver essa síndrome. Portanto, uma combinação destes dois estilos pode reduzir o esgotamento dos enfermeiros.

Em se tratando da relação da liderança com a saúde e o bem-estar dos liderados, três estudos que abordam a liderança autêntica emergiram, apresentando evidências sobre a relação do estilo de liderança autêntica, bem-estar psicológico e *Burnout*.

Nesse sentido, Nelson et al. (2014) investigaram a relação de bem-estar psicológico entre enfermeiros, de acordo com a liderança autêntica e o clima de trabalho. A análise de mediação simples revelou que a liderança autêntica influencia indiretamente o bem-estar psicológico no trabalho de enfermeiros, por meio do seu impacto sobre o clima de trabalho. No entanto, o clima no trabalho agiu como um mediador da relação entre a liderança e o bem-estar.

Os resultados desse estudo oferecem uma perspectiva diferente no sentido de que esta foi a primeira vez que foi testada a ligação entre a liderança autêntica e o bem-estar psicológico associado ao clima de trabalho. Cabe destacar que a inclusão de dimensões climáticas em estudos de liderança se faz necessária para avaliar com mais precisão como o clima de trabalho afeta o bem-estar ou sofrimento dos profissionais (NELSON et al., 2014).

Read e Laschinger (2015), ao testarem a percepção de 191 enfermeiros recém-formados de Ontário em relação ao uso de liderança autêntica dos gestores, consideraram suas percepções para capacitação estrutural, relações sociais, saúde mental e satisfação no trabalho. De acordo com os resultados, o capital social relacional teve um efeito muito menor sobre os sintomas de saúde mental do que na satisfação no trabalho. Uma explicação para isso é que os novos enfermeiros podem ter outras fontes de capital social relacional fora do trabalho (amigos, familiares,

mentores) que lhes proporcionam recursos sociais que os protegem de experimentar sintomas de saúde mental resultantes de interações negativas no trabalho. Quanto às percepções de satisfação no trabalho, por outro lado, puderam ser mais diretamente relacionadas com o capital social relacional no trabalho, porque enfermeiros recém-formados precisam de acesso direto, apoio imediato, apoio de colegas e um supervisor que pode prestar-lhes assistência, conselhos e encorajamento no trabalho; isto pode explicar o efeito mais forte de capital social relacional no trabalho sobre a satisfação no trabalho destes enfermeiros recém-formados.

Em um estudo semelhante, as autoras avaliaram comportamentos de liderança autêntica para os supervisores de 1.009 enfermeiros recém-formados em seus locais de trabalho, vinculando-os com a autoeficácia ocupacional, *Burnout* e saúde mental nos primeiros três anos de prática com pacientes em ambientes de cuidados agudos. Os resultados dos estudos mostraram que os líderes autênticos desempenharam um papel importante no fortalecimento de enfermeiros recém-formados, na confiança da sua capacidade de lidar com as demandas de seus empregos, protegendo-os de desenvolvimento de *Burnout* e problemas de saúde mental. De acordo com os autores, os resultados desse estudo acrescentam aos trabalhos sobre o tema o poder que a liderança exerce na facilitação da transição da formação dos enfermeiros na graduação para a profissão de enfermagem (LASCHINGER et al., 2015).

Nesse sentido, nota-se que o impacto causado pela liderança no ambiente de trabalho, de qualquer organização, pode ser positivo ou negativo, conforme a competência exercida pelo líder (BALSANELLI; CUNHA, 2014).

Percebe-se, a partir dos estudos elencados nesta categoria, que há evidências científicas que apontam que estilos, modelos ou teorias focadas nas pessoas, como a liderança transformacional, liderança servidora e a liderança autêntica, aumentam a satisfação no trabalho, melhoram a qualidade do sono e o bem estar psicológico, e reduzem as chances do aparecimento da Síndrome de *B*urnout nas equipes.

Por outro lado, a teoria de liderança situacional e o estilo *laissez-faire* afetam negativamente a satisfação no trabalho, devendo ser evitados, ficando, então, evidenciada a relação direta entre a liderança e a saúde do trabalhador.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação objetivou dentificar, por meio da literatura, a utilização de instrumentos que mensurem a liderança dos profissionais de saúde, bem como verificar se houve a adoção de um estilo, modelo ou teoria na construção/ elaboração destes instrumentos.

Para tanto, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura a qual possibilitou o levantamento de 38 estudos primários, a partir daí emergiram quatro categorias: desenvolvimento da liderança; desenvolvimento da liderança a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação; relações entre liderança e impacto na equipe; relações entre liderança e saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais.

O desenvolvimento da liderança é premente nos serviços de saúde e enfermagem, sendo destacada, pelos estudos apresentados, a necessidade de se investir não somente no aprendizado dessa competência, mas também no desenvolvimento de futuros líderes, considerando que esta intervenção já deve acontecer desde a graduação.

Os estudos evidenciaram a utilização de dispositivos que auxiliam o ensino e desenvolvimento da competência liderança, tanto na graduação como em serviço, a exemplo dos dispositivos pedagógicos usados no decorrer da graduação, assim como a criação de programas de desenvolvimento de liderança para serem aplicados em serviço. Dentre os dispositivos pedagógicos a serem utilizados na graduação merecem destaque a adoção do portfólio, as atividades de aprendizagem em serviço (*service learning*) e as atividades de mentoria, que apresentaram resultados positivos no alcance do desenvolvimento de liderança.

Acrescenta-se que os estudos identificados evidenciaram que o sucesso do desenvolvimento em liderança depende da aplicação de um programa estruturado, a exemplo do *Clinical leadership development programme*. No entanto, deve haver investimento das organizações para que haja a implementação desse programa de desenvolvimento da liderança, com apoio dos gestores, diretores e líderes em geral, assim como a utilização de recursos existentes como, por exemplo, a realização de grupos focais, reuniões, entrevistas face a face e aplicação de um instrumento avaliativo.

Dentre as estratégias utilizadas para o desenvolvimento da liderança, merece destaque a importância dada para a utilização da prática baseada em evidências, pois de acordo com os estudos apresentados, será por meio dela que os

profissionais poderão avançar e inovar nesta temática, saindo do campo meramente descritivo, passando a aplicar vários modelos e correlacioná-los com outras variáveis que forneçam a possibilidade da produção de maiores evidências para os serviços de saúde e enfermagem.

Em relação ao desenvolvimento da liderança a partir da elaboração ou adaptação de ferramentas de avaliação, neste estudo, os modelos, teorias ou estilos de liderança que se destacaram foram Liderança Transformacional, Liderança Situacional, Liderança Servidora, Liderança Autêntica. E em uma frequência menor nas publicações aparecem a Liderança *Quantum* ou Liderança quântica, Liderança Carismática e a Liderança Clínica.

Foi notória a utilização do modelo de Liderança Transformacional, que contribui com o aumento da motivação e satisfação no trabalho por proporcionar a discussão coletiva, aumento da comunicação dialógica e escuta ativa dos trabalhadores, levando ao maior comprometimento organizacional.

Esse modelo também foi destaque ao se identificar os instrumentos que mensuram a liderança dos profissionais da saúde, sobressaindo-se o *Multifactor Leadership Questionnaire* (MLQ) que avalia a liderança transformacional e transacional. Acerca desse modelo, foi ressaltada ainda a *Global Transformational Leadership Scale,* o *Transformational Leadership Inventory (TLI),* o *Survey of Transformational Leadership (STL)* o *Leadership Practices Inventory (LPI),* a Escala de Atitudes frente a Estilos de Liderança.

Já para avaliar a Liderança Situacional se apresentaram os seguintes instrumentos: L*eadership Effectiveness and Adaptability Description* (LEAD), o *Grid Gerencial* e a ferramenta *Coaching.* Os comportamentos de liderança servidora foram avaliados nos estudos dessa RI pelo *Servant Leadership Questionnaire (SLQ)* e o *Servant Leadership Survey (SLS).* O *Authentic Leadership Questionnaire (ALQ)* avaliou os comportamentos da liderança autêntica, enquanto a *Charismatic Leadership Socialized Scale* avaliou os comportamentos da liderança carismática.

A liderança clínica foi avaliada pelos instrumentos denominados *Clinical Leadership Survey (CLS)* e o *Multisource feedback tool* (MSF). Em uma proposta inovadora aparece o instrumento de avaliação para Liderança *Quantum* ou de Liderança Quântica.

Observou-se a partir dos estudos apresentados que a necessidade de entender a liderança é premente por ser uma competência imprescindível às

organizações de saúde. Esta importância se faz mais acentuada, visto que o enfermeiro, assim que se forma, precisa se autodesenvolver como líder e continuar buscando cada vez mais conhecimentos e atualizações, para que possa estar apto a assumir papel de destaque nas organizações de saúde, conduzindo a equipe para a realização de um trabalho humanizado, integral e centrado no usuário.

Dentre os temas analisados, destacaram-se o impacto entre liderança, saúde, satisfação no trabalho e bem-estar dos profissionais, recenhecendo-se que a liderança é uma competência que interfere em outras competências ou variáveis, como motivação, comprometimento organizacional, colaboração, satisfação no trabalho, bem-estar, qualidade do sono, saúde mental e síndrome de *Burnout.*

A maioria dos estudos apontou a liderança transformacional como grande mediadora dos aspectos relacionados à saúde dos subordinados, principalmente na qualidade do sono, bem-estar e satisfação no trabalho. Paralelamente, a liderança servidora desmonstrou estabelecer importante influência na satisfação do trabalho, e a liderança autêntica se mostrou positiva quanto à contribuição para evitar danos à saúde mental, especialmente a síndrome de *Burnout*.

Assim, destaca-se a importância do líder que deve ser considerado um “desenvolvedor de pessoas”, sendo premente que tenha clareza do modelo, teoria ou estilo de liderança que pretende adotar. Tal fato, somado a outros já expostos, torna a liderança nos serviços de saúde um assunto de grande importância, devido ao fato de ser uma competência que consegue promover a mudança da prática de trabalho e melhorar a qualidade da assistência.

Pelo exposto, depreende-se que a busca da literatura nas bases de dados elencadas, possibilitou aprofundar os conhecimentos nesta temática, desde a contextualização histórica até as principais teorias, estilos e modelos de liderança mais contemporâneos, possibilitando que gestores, líderes e trabalhadores da área da saúde, possam ser instrumentalizados e sensibilizados para a adoção de um referencial teórico transformador e participativo, bem como para a avaliação da prática da liderança nos diferentes cenários por meio da utilização de instrumentos específicos.

No entanto, o estudo permitiu perceber que, mesmo com a grande quantidade de modelos, teorias e estilos de liderança, é preciso o desenvolvimento de novos estudos, considerando as interferências dos contextos e pessoas envolvidas. Além disso, ficou evidente a necessidade da realização de adaptações

culturais dos vários instrumentos identificados, de forma que possam ser implementados nos diferentes cenários que usam idiomas diversos.

Esta revisão integrativa da literatura possui como limitação a não abrangência dos bancos de dados bibliográficos pesquisados, já que foram utilizados apenas quatro, embora bastante relevantes.

REFERÊNCIAS[2]

[2] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

AARONS, G. A. Transformational and Transactional Leadership: Association With Attitudes Toward Evidence-Based Practice. **Psychiatric Services**, Washington, v. 57, n. 8, p. 1162-1169, 2006.

ALARCÃO, I.; RUA, M. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 373-382, 2005.

ALMEIDA, C. R. A influência da liderança na motivação da equipe. **Revista Terceiro Setor & Gestão**, Guarulhos, v. 8, n. 1, p. 12-20, 2014.

ALMEIDA, S. P.; FARO, A. Tradução, adaptação e validação do Servant Leadership Questionnaire (Escala de Liderança Servidora). **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 285-297, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572016000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 out. 2016.

ALSAYED, A. K.; MOTAGHI, M. H.; OSMAN, I. B. The Use of the Multifactor Leadership Questionnaire and Communication Satisfaction Questionnaire in Palestine: A Research Note. **International Journal of Scientific and Research Publications**, Paris, v. 2, n. 11, p. 1-9, 2012

ALVES, S. D. S.; COSTA, B. L. B. Liderança em enfermagem. Uma abordagem literária. **Ensaios e Ciência**: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 167-176, 2012.

AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES. AACN issues standards for healthy work environments: Call to action seeks broad commitment. **AACN News**, Columbia, v. 22, n. 3, p. 1, 2005.

AMESTOY, S. C. **Liderança como instrumento no processo de trabalho da enfermagem**. 2008. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

AMESTOY, S. C. et al. Características que interferem na construção do enfermeiro-líder. **Acta paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 673-678, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000500012>. Acesso em: 23 jan. 2016.

AMESTOY, S. C. et al. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 844-847, 2010.

AMESTOY, S. C. et al. Produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 227-233, 2012.

ANDRADE, M. **Formação e desenvolvimento sustentável**. 2013. 182 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova Lisboa; Diplôme d' Université François Rabelais de Tours, Portugal; França. 2003.

ANDRES, C. C.; PEREIRA, A. L. B. Concepções de liderança dos profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. **Estudo & Debate**, Lajeado, v. 21, n. 1, p. 26-36, 2014. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/viewFile/904/580>. Acesso em: 07 jan. 2016.

APEKEY, T. A. et al. Room for improvement? Leadership, innovation culture and uptake of quality improvement methods in general practice. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Oxford, v. 17, n. 2, p. 311-318, 2011.

ARAÚJO, L. C. **Gestão de Pessoas**. São Paulo: Atlas, 2006.

ARMINI, L. R. **Estilos de liderança de enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva**. 2014. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

ASEGID, A.; BELACHEW, T.; YIMAM, E. Factors infl uencing job satisfaction and anticipated turnover among nurses in Sidama Zone Public Health Facilities, South Ethiopia. **Nursing Research and Practice**, Cairo, v. 2014, ID 909768, 2014. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2014/909768/> Acesso em: 26 dez. 2015.

ATCHAN, M.; DAVIS, D.; FOUREUR, M. A methodological review of qualitative case study methodology in midwifery research. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 22, n. 10, p. 2259-2271, 2016.

AVOLIO, B. J. et al. Unlocking the mask: a look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors. **The Leadership Quarterly**, London, v. 15, n. 6, p. 801–823, 2004. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1048984304000876> Acesso em: 15 abr. 2016.

AVOLIO, B. J.; GARDNER, W. L. Authentic leadership development: getting to the root of positive forms of leadership**. The Leadership Quarterly**, London, v. 16, n. 3, p. 315-338, 2005. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1048984305000263> Acesso em: 15 abr. 2016.

AZEVEDO, D. L. et al. Gestão da mudança na saúde: a Acreditação Hospitalar. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 22., 2002, Curitiba. **Anais...** Curitiba: [s.e.], 2002.

BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O. Liderança no contexto da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 117-122, 2006.

_____. Ambiente de trabalho e a liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 938-943, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-938.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2016.

_____. Nursing leadership in intensive care units and its relationship to the work environment. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 106-113, 2015.

_____. Liderança ideal e real dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva em hospitais privados e públicos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 1-7, 2016.

BARBUTO, J. E.; HAYDEN, R. W. Testing Relationships Between Servant Leadership Dimensions and Leader Member Exchange (LMX). **Journal of Leadership Education**, California, v. 10, n. 2, p. 22-37, 2011.

BARBUTO, J. E.; WHEELER, D. W. Scale Development and Construct Clarification of Servant Leadership. **Group & Organization Management**, London, v. 31, n. 3, p. 300-326, 2006.

BASS, B. M. **Leadership and performance beyond expectations**. New York: Free Press, 1985.

BASS, B. M.; AVOLIO B. J. **MLQ**: Multifactor questionnaire: Third edition manual and sampler set. Redwood City: Mind Garden, 2004.

BERGAMINI, C. W. **O líder eficaz**. São Paulo: Atlas, 2002.

BLAKE, R. R.; MOUTON, J. S. **O grid gerencial III**. 5ª ed. São Paulo: Pioneira, 2000.

BLANCHARD, K. **Liderança de alto Nível**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, Belo horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRANDÃO, M. M. **A influência das competências empreendedoras e dos sistemas de relações sociais na decisão de empreender na área de serviços de fisioterapia**. 2007. 95 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade FUMEC. Belo Horizonte, 2007.

BUENO, W. da C. **Comunicação empresarial no Brasil**: uma leitura crítica. São Paulo: ALL PRINT, 2005.

BUENO, A. A.; BERNARDES, A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 45-53, 2010.

BURNS, J. M. **Leadership.** New York: Perenium, 1978.

CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Latino America de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 192-200, 2012.

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**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 730-737, 2011.

_____. Coaching leadership: leaders' and followers'perception assessment questionnaires in nursing. **Einstein**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 66-74, 2014.

CARLESS, S.; WEARING, L.; MANN, L. A Short Measure of Transformational Leadership. **Journal of Business and Psychology**, London, v. 14, n. 3, p. 389-405,

2000.

CARRARA, G. L. R. et al. **O Ensino da Liderança na Graduação em Enfermagem.** Investigação Qualitativa em Educação. [s.l.]: Atas CIAIQ, 2015.

CASTRO, C. B.; SANTOS, I. Estilos dimensões do comportamento de liderança de enfermeiros líderes do cuidar em saúde. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 453-460, 2008.

CAVALCANTI, V. L. et al. **Liderança e Motivação**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

CAVEIÃO, C. et al. Crise hipertensiva: competências elencadas pelo enfermeiro para o atendimento em hospitais de Curitiba-PR. **Revista de pesquisa (Online):** cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1437-1444, 2014.

CAZA, A. et al. Psychological capital and authentic leadership: Measurement, gender, and cultural extension. **Asia-Pacific Journal of Business Administration**, Bingley, v. 2, n. 1, p. 53-70, 2010.

CELESTINO, P. Nó de Normas**. Notícias Hospitalares**. Gestão de Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 4, n. 39, 2002.

CHARAN, R. **O líder criador de líderes**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.

CHAVAGLIA, S. R. et al. Adaptação e validação da Escala de Liderança Carismática Socializada. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 444-454, 2013.

CHEN, H. C.; BARON, M. Nursing Directors' Leadership Styles and Faculty Members' Job Satisfaction in Taiwan. **Journal of Nursing Education**, Thorofare, v. 45, n. 10, 2006.

CHIAVENATO, I. **Comportamento Organizacional**: a dinâmica do sucesso das organizações. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

_____. **Gestão de Pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CONGREGARH, 2016. **Congresso de Gestão de Pessoas**, 2016. Disponível em: <http://www.abrhrs.com.br/congregarh/>. Acesso em: 13 jan. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Seção São Paulo (SP): **COREN-SP**; 2009. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/drupal6>. Acesso em: 27 jan. 2016.

COSTA, D. G.; DALL'AGNOL, C. M.; Participative leadership in the management process of nightshift nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1306-1313, 2011.

COVEY, S. R. **Principle-Centered Leadership**; Simon and Schuster, 1992. 338 p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt BR&lr=&id=w4zCIPZrniQC&oi=fnd&pg=PA13&dq=.+Principle-Centered+Leadership&ots=KctC0lQ0xj&sig=1tw0lNwMJjCb8-SOAeJD6TzVn-A#v=onepage&q=.%20Principle-Centered%20Leadership&f=false>. Acesso em: 10 abr. 2016.

_____. **Liderança baseada em princípios**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002.

COWDEN, T.; CUMMINGS. G.; PROFETTO-MCGRATH, J. Leadership practices and staff nurses intent to stay: a systematic review. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 19, n. 4, p. 461-477, 2011.

CRUZ, M. R. P.; NUNES, A. J. S.; PINHEIRO, P. G. **Teoria Contingencial de Fiedler:** aplicação prática da escala Least Prefered Co-Worker (LPC). Textos para Discussão. Departamento de Gestão e Economia da Universidade da Beira Interior, Portugal, n. 8, p. 1-16, 2010.

CUMMINGS, G. G. et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 47, n. 3, p. 363-385, 2010.

CUNHA, K. C. **Gerenciamento na enfermagem:** novas práticas e competências. São Paulo: Martinari, 2005.

DARGAHI, H. Quantum Leadership: The Implication for Iranian Nursing Leaders. **Acta Medica Iranica**, Teheran, v. 51, n. 6, p. 411-417, 2013.

DELFINO, I. A. L.; SILVA, A. B.; ROHDE, L. R. A Produção Acadêmica sobre Liderança no Brasil: Uma Análise Bibliométrica dos Artigos Publicados em Eventos e Periódicos Entre 1995 e 2009. In: ENCONTRO DA ANPAD/ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 34., 2010, Rio de Janeiro. **Atas...** Rio de Janeiro: [s.e.], 2010.

DESCHAMPS, C. et al. Transformational Leadership and Change: How Leaders Influence Their Followers' Motivation Through Organizational Justice. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v. 61, n. 3, p. 194-213, 2016.

DI STÉFANO, R. **O Líder-*Coach:*** líderes criando líderes. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

DUBRIN, A. J. **Fundamentos do Comportamento Organizacional.** São Paulo: Pioneira, 2006.

EBRAHIMZADE, N. et al. Relationship Between Nursing Managers' Leadership Styles and Nurses' Job Burnout: A Study at Shahid Dr. Faghihi Hospital, Shiraz, Iran. **Shiraz E-Medical Journal**, Zand, v16, n. 8, e27070, 2015.

EDWARDS, J. R. et al. The Development and Validation of a Transformational Leadership Survey for Substance Use Treatment Programs. **Subst Use Misuse**, Monticello, v. 45, n. 9, p. 1279-1302, 2010.

ESPER, A. J. F.; CUNHA. C. J. C. A. Liderança autêntica: uma revisão integrativa. **Navus**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 60-72, 2015.

EUSTACE, A.; MARTINS, N. The role of leadership in shaping organisational climate: an example from the FMCG industry. **SA Journal of Industrial Psychology**, Durbanville, v. 40, n. 1, p. 1-13, 2014. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.4102/sajip.v40i1.1112> Acesso em: 26 dez. 2015.

FEALY, G. M. et al. Service impact of a national clinical leadership development programme: findings from a qualitative study. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 23, n. 3, p. 324-332, 2015.

FELICIANO, S. M. **O processo de liderança nas organizações formais**. 2010. 41 f. Monografia (Especialização em Gestão de Recursos Humanos) – Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/k212525.pdf> Acesso em: 6 mar. 2016.

FERREIRA, M. B. G. **Estilos de liderança do enfermeiro**: construção e validação de instrumento de avaliação. 2011. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2011. Disponível em: <http://bdtd.uftm.edu.br/bitstream/tede/152/1/Maria%20Beatriz.pdf> Acesso em: 26 dez. 2015.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoasistenciales, gestión y organización del trabajo en salud: nada es indiferente en el proceso de lucha para la consolidación del SUS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FIEDLER, F. E. Engineer the Job to Fit the Manager**. Harvard Business Review**, Boston, v. 43, n. 5, p. 115-122, 1965.

FOLI, K. J. et al. Development of Leadership Behaviors in Undergraduate Nursing Students: A Service-Learning Approach. **Nursing Education Perspectives**, New York, v. 35, n. 2, p. 76-82, 2014.

FONSECA, A. M. O.; PORTO, J. B. Validação fatorial de escala de atitudes frente a estilos de liderança. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 12, n. 2, p. 157-166, 2013.

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

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: BREVIDELLI, M. M.; SERTÓRIO, S. C. M. (Eds).**TCC - Trabalho de Conclusão de Curso**: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. 4ª ed. São Paulo: Iátria, 2010. p. 105-126.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O. A liderança como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 293-301, 2005.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

GALVÃO, C. M. et al. O estilo de liderança exercido pelo enfermeiro de unidade de internação cirúrgica sob o enfoque da liderança situacional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 39-47, 1997.

GARBER, J. S. et al. Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 23, n. 4, p. 331-340, 2009.

GARDNER, W. L. et al. “Can you see the real me?” A self-based model of authentic leader and follower development. **The Leadership Quarterly**, Amsterdan, v. 16, n. 3, p.343-372, 2005.

GARDNER, W. L.; FISCHER, D.; HUNT, J. G. Emotional labor and leadership: a threat to authenticity? **The leadership quarterly**, Amsterdam, v. 20, n. 3, p. 466-482, 2010.

GASPAR, D. J.; PORTÁSIO, R. M. Liderança e Coaching. Desenvolvendo pessoas, recriando organizações, **Revista de Ciências Gerenciais**, Londrina, v. 13, n. 18, p. 17-41, 2009.

GAUDÊNCIO, P. **Superdicas para se tornar um verdadeiro líder**. São Paulo: Saraiva, 2007.

GELBECK, F. L. et al. Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 136-139, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 26 dez. 2015.

GHORBANIAN, A.; BAHADORI, M.; NEJATI, M. The relationship between managers’ leadership styles and emergency medical technicians’ job satisfaction. **Australasian Medical Journal**, Sorrento, v. 5, n. 1, p. 1-7, 2012.

GOFFEE, R.; JONES, G. Why Should Anyone Be Led by You? **Working knowledge for business learning**. Boston: Harvard Business School, 2000. Disponível em: <http://hbswk.hbs.edu/archive/1710.html>. Acesso em: 12 jan. 2016.

GOMES, A. P. V. O líder atual e habilidades essenciais nas organizações. **RH PORTAL**. 2015. Disponível em: <http://www.rhportal.com.br/artigos/rh.php?idc_cad=2kmx3ssqy>. Acesso em: 13 jan. 2016.

GOMES, A. R.; CRUZ, J. Abordagem carismática e transformacional: modelos conceptuais e contributos para o exercício da liderança. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 143-161, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642007000300008>. Acesso em 25 jun. 2013.

GREENLEAF, R. K. **The servant as leader**. Atlanta: Greenleaf Center.1970.

GUIX, X. Além do emissor e do receptor. In: _____. **Comunicação eficaz:** os labirintos da comunicação. São Paulo: Ciranda Cultural, 2008. Capítulo 1, p. 19-64.

GUNNARSDÓTTIR, S. Is servant leadership useful for sustainable Nordic health care?. **Nursing Science-Vård I Norden**, Oxford, v. 34, n. 112, p. 53-55, 2014.

HAN, H. G.; BAI, Y. In need of each other: the moderator of task interdependence between LMX variability and justice. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 22, n. 6, p. 743-750, 2014.

HANNAH, S. T.; WALUMBWA, F. O.; FRY, L. W. Leadership in action teams: team leader and members' authenticity, authenticity strength, and team outcomes. **Personell psychology**, Oxford, v. 64, n. 3, p. 771-802, 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744- 6570.2011.01225.x/pdf>. Acesso em: 18 out. 2016.

HANSE, J. J. et al. The impact of servant leadership dimensions on leader–member exchange among health care professional. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 24, n. 2, p. 228-234, 2016.

HASTINGS E. S. et al. Evaluation of the Professional Process Portfolio: An Innovative Tool to Help Develop and Demonstrate Leadership Competency. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 19, n. 2, p. 280-289, 2015.

HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. **Psicologia para administradores**: a teoria e as técnicas da Liderança Situacional. São Paulo: EPU, 1986.

HIPÓLITO, J. A. M.; REIS, G. G. A avaliação como instrumento de gestão. In: FLEURY, M. T. L. (coord.). **As pessoas na organização**. 7ª ed. São Paulo: Gente, 2002.

HITT, M. A.; MILLER, C. C.; COLELLA, A. **Comportamento organizacional**: uma abordagem estratégica. 3ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

HORWITZ, I. B. et al. Transformational, Transactional, and Passive-Avoidant Leadership Characteristics of a Surgical Resident Cohort: Analysis Using the Multifactor Leadership Questionnaire and Implications for Improving Surgical Education Curriculums. **Journal of Surgical Research**, Philadelphia, v. 148, n. 1, p. 49-59, 2008.

HOUSE, R. J. A 1976 theory of charismatic leadership. In: HUNT, J. G.;LARSON, L. L. (Eds.). **Leadership: The cutting edge***.* Carbondale: Southern Illinois University Press, 1977.

HOWARTH, M.; HOLLAND, K.; GRANT, M. J. Education needs for integrated care: a literature review. **Journal of Advacend Nursing**, Oxford, v. 56, n. 2, p. 144-156, 2006.

INTARAPRASONG, B. et al. Situational Leadership Styles, Staff Nurse Job Characteristics Related to Job Satisfaction and Organizational Commitment of Head Nurses Working in Hospitals under the Jurisdiction of The Royal Thai Army**. Journal of the Medical Association of Thailand**, Bangkok, v. 95, n. suppl.6, p. S109-119, 2012.

JESUÍNO, J. **Processos de liderança**. 4ª ed. Lisboa: Livros Horizonte Lda, 2005.

JOGULU, U. D.; WOOD, G. J. The role of leadership theory in raising the profile of women in management. **Equal Opportunities International**, Bingley, v. 25, n. 4, p. 236-250, 2006.

JOHANSSON, B.; FOGELBERG-DAHM, M.; WADENSTEN, B. Evidence-based practice: the importance of education and leadership. **Journal of Nursing Management**. Oxford, v. 18, n. 1, p. 70-77, 2010.

KANSTE, O.; MIETTUNEN, J.; KYNGAS, H. Psychometric properties of the Multifactor Leadership Questionnaire among nurses. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 57,n. 2, p. 201-212, 2007.

KEEGAL, T. Poor performance: managing the first informal stages. **Primary Health Care**, Middx, v. 23, n. 4, p. 32-39, 2013.

KLEIN, C. J.; FOWLES, E. R. An Investigation of Nursing Competence and the Competency Outcomes Performance Assessment Curricular Approach: Senior Students' Self-Reported Perceptions. **Journal of Professional Nursing**, Philadelphia, v. 25, n. 2, p. 109-121, 2009.

KOBAYASHI, R. M.; LEITE, M. M. J. Desenvolvendo competências dos enfermeiros profissionais em serviço. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 243-249, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/12.pdf> Acesso em: 29 jan. 2016.

KOTLER, P. **Administração de marketing**. São Paulo: Prentice hall, 2000.

KOTTER, J. P. **What Leaders Really Do**. Breakthrough Leadership. 2001. Disponível em: <http://web.sau.edu/richardsrandyl/what%20leaders%20really%20do_kotter.pdf> Acesso em: 12 jan. 2016.

KRAUSZ, R. R. **Coaching executivo:** a conquista da liderança. São Paulo: Nobel, 2007.

LAKSHMINARAYANA, I. et al. A multisource feedback tool to assess ward round leadership skills of senior paediatric trainees: (1) Development of tool. **Postgraduate Medical Journal**, London, v. 91, n. 1075, p. 262-267, 2015.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Leadership of the nurse: an integrative literature review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 651-658, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300026>. Acesso em: 26 dez. 2015.

LASCHINGER, H. K. S. et al. The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' burnout and mental health: A cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 52, n. 6, p. 1080-1098, 2015.

LEGGAT, S. G.; BALDING, C.; SCHIFTAN, D. Developing clinical leaders: the impact of an action learning mentoring programme for advanced practice nurses. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 24, n. 11-12, p. 1576-1584, 2015.

LIMA, F. S. et al. Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista de pesquisa (Online):** cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, v. 8,

n. 1, p. 3893-3906, 2016.

LLAPA-RODRIGUEZ, E. O. L. et al. Avaliação da liderança dos enfermeiros por auxiliares e técnicos de enfermagem segundo o método 360°. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 29-36, 2015.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing Research:** methods and critical appraisal for evidence-based practice. 8th ed. Amsterdan: Mosby Elsevier; 2014.

MACHADO, M. F. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MALAGON-LODOÑO, G. Introdução. In: MALAGON-LODONO, G.; MORERA, R.G.; LAVERDE, G.P. **Administração Hospitala**r. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

MANOLA, C. C. V.; MOREIRA, S. A. C. Liderança: uma abordagem entre líderes e liderados à luz do grid gerencial. **REUNA**, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p. 183-204, 2014.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e Liderança em Enfermagem.** 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARTIN, J .S. et al. Evaluation of a clinical leadership programme for nurse leaders. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 20, n. 1, p. 72-80, 2012.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da administração:** da revolução urbana à revolução digital. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MELLEIRO, M. M. **Liderança em Enfermagem**. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/graduacao/eno335/slide/lideranca.pdf> Acesso em: 9 abr. 2016.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to the best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer; Lippincott Willian & Wilkins, 2011. p. 25-39.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA R. C. C. P; GALVÃO C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MOGOLON, S. M. R.; GONZALEZ, M. A. Liderazgo Transaccional y Transformacional. **Avances em Enfermeria**, Bogotá, v. 37, n. 2, p. 62-72, 2010.

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. F. G. **Teoria Geral da Administração**. 3ª ed. Revista: Thomson, 2008.

MUNIR, F.; NIELSEN, K. Does self-efficacy mediate the relationship between transformational leadership behaviours and healthcare workers' sleep quality? A longitudinal study. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 65, n. 9, p. 1833-1843, 2009.

MUSSUMECI, P. A. et al. O processo de liderança no gerenciamento do enfermeiro. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 66-74, 2014. Disponível em: <http://cbacred.tempsite.ws/ojs/index.php/Acred01/article/viewFile/186/222> Acesso em: 27 jan. 2016.

NATIONAL CENTER HEALTHCARE LEADERSHIP. **National Healthcare Leadership Survey**: Implementation of Leadership Development Best Practices. Chicago: National Center for Healthcare Leadership, 2011.

NEIDER, L. L.; SCHRIESHEIM, C. A. The Authentic Leadership Inventory (ALI): Development and empirical tests. **Leadership quarterly**, Amsterdam, v. 22, n. 6, p. 1146-1164, 2011.

NELSON, K. et al. Authentic leadership and psychological well-being at work of nurses: The mediating role of work climate at the individual level of analysis. **Burnout Research**, Amsterdan, v. 1, p. n. 2, p. 90-101, 2014.

NEVES, A. L. **Motivação para o trabalho**. 2ª ed. Lisboa: RH Editora, 2002.

NEVES, V. R.; SANNA, M. C. Ensino da liderança em enfermagem: um estudo bibliométrico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 308-313, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Jan 2016.

NIELSEN K. et al. The importance of transformational leadership style for the well-being of employees working with older people. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 63, n. 5, p. 465-475, 2008.

NIELSEN, K. et al. The mediating effects of team and self-efficacy on the relationship between transformational leadership, and job satisfaction and psychological well-being in healthcare professionals: A cross-sectional questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 46, n. 9, p. 1236-1244, 2009.

NOVA, L. C. B. V.; CRUZ, H. A. da. Liderança: uma Avaliação do Perfil de Liderança dos Gestores da Empresa Ego's Acessórios de Florianópolis/SC. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 9., 2012, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: 2012. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos12/55716699.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2016.

OLIVEIRA, A. C. F. **Liderança**. Psicologia, 2011. Disponível em: <http://ftp.comprasnet.se.gov.br/sead/licitacoes/Pregoes2011/PE091/Anexos/Comercio_modulo_I/psicologia/psicologia_10.pdf> Acesso em: 08 mar. 2016.

PASQUALI. L. **Psicometria**: teoria e testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes, 2003

PATRICK, A. et al. Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 19, n. 4, p. 449-460, 2011.

PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática de saúde. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (orgs). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2016. p. 51-76.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, 2006.

PODSAKOFF, P. M. et al. Transformational leader behaviors and theirs effects on followers trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behaviors. **Leadership Quarterly**, Amsterdan, v. 1, n. 2, p. 107-142, 1990.

PODSAKOFF, P. M. et al. Situational moderators of leaderreward and punishment behaviors: Fact or fiction? **Organizational Behavior and Human Performance**, San

Diego, v. 34, n. 1, p. 21-63, 1984.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa:etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista. Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

POSNER, B. Z.; KOUZES, J. M. Development and Validation of the Leadership Practices Inventory. **Educational and Psychological Measurement**, London, v. 48, n. 2, p. 483-496, 1988.

PRYSE, Y.; McDANIEL, A.; SCHAFER, J. Psychometric Analysis of Two New Scales: The Evidence-Based Practice Nursing Leadership and Work Environment Scales.**Worldviews on Evidence-Based Nursing**, London, v. 11, n. 4, p. 240-247, 2014.

PUCHEU, A. ¿Cómo el liderazgo transformacional de supervisoras de enfermería afecta el burnout de enfermeras clínicas? evidencia de dos hospitales chilenos. **Ciencia & Trabajo**, Santiago, v. 1-2, n. 3, p. 403-409, 2010.

QUAQUEBEKE, N. et al. Two lighthouses to navigate: effects of ideal and counter-ideal values on follower identification and satisfaction with leaders. **Journal of Business Ethics**, London, v. 93, n. 2, p. 293-305, 2010.

RAMOS, V. M.; FREITAS, C. A. S. L.; SILVA, M.J. Aprendizagem da liderança: contribuições do internato em enfermagem para a formação do estudante. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 157-161, 2011.

READ, E. A.; LASCHINGER, H. K. S . The influence of authentic leadership and empowerment on nurses' mrelational social capital, mental health and job satisfaction over the first year of practice. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 71, n. 7, p. 1611-1623, 2015.

REICHENPFADER, U; CARLFJORD, S.; NILSEN, P. Leadership in evidence-based practice: a systematic review. **Leadership in Health Services**, Bradford, v. 28, n. 4, p. 298-316, 2015.

RIBEIRO, M.; SANTOS, S. L.; MEIRA, T. G. B. M. Refletindo sobre liderança em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 109-115, 2006.

ROBBINS, S. P. A **Verdade Sobre Gerenciar Pessoas**. São Paulo: Pearson Education, 2002.

_____. **Comportamento organizacional**. 11ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

ROBBINS S. P.; JUDGE T. A.; SOBRAL F. **Comportamento Organizacional**. 14ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

ROCHA, B. S.; MUNARI, D. B. Avaliação da competência interpessoal de enfermeiros coordenadores de equipe na Saúde Da Família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 2, n. 3, p. 53-66, 2013.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SANTOS, I.; CASTRO, C. B. Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 734-742, 2010.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007.

SANTOS, F. B.; TECCHIO, E.; FIALHO, F. Liderança autêntica e gestão do conhecimento. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 1, p. 579-588, 2014.

SCHAUBHUT, R. **Nurses´ perception of unit quality and policy involvement in three Louisiana Hospitals**. Fairfax: College of Health and Human George Mason University, 2009.

SCHRIESHEIM, C. A.; NEIDER, L. L. Path-goal leadership theory: The long and winding road. **The Leadership Quarterly**, Oxford, v. 7, n. 3, p. 317-321, 1996.

SCHRIESHEIM, C. A.; HINKIN, T. R.; TETRAULT, L. A. The discriminant validity of the Leader Reward and Punishment Questionnaire (LRPQ) and satisfaction with supervision: A two-sample, factor analytic investigation. **Journal of Occupational**

Psychology, Hoboken, v. 64, n. 2, p. 159-166,1991.

SILVA, D. B. **A influência da Liderança e os valores pessoais nas respostas afetivas de membros de equipes de trabalho**. 2006. 257 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

SILVA, D. S. et al. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 211-219, 2014.

SILVA, J. C. da. A liderança como competência. **RH.com.br.** 2015. Disponível em: <http://www.rh.com.br/Portal/Lideranca/Artigo/9760/a-lideranca-como-competencia.html#>. Acesso em: 06 mar. 2016.

SILVA, M. A.; GALVÃO, C. M. Aplicação da Liderança Situacional na enfermagem de centro cirúrgico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 104-113, 2007.

SILVA, V. L. dos S.; CAMELO, S. H. H. A competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 533-539, 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10031>. Acesso em: 13 jan. 2016.

SIMÕES, A. L. de A.; FÁVERO, N. O desafio da liderança para o enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 816-820, 2003.

SOUZA, C. Os líderes que as empresas brasileiras precisam. **FIESP - Federação das Indústrias do Estado de São Paulo**. 2015. Disponível em: <http://www.fiesp.com.br/indices-pesquisas-e-publicacoes/artigo-os-lideres-que-empresas-brasileiras-precisam/>. Acesso em: 13 jan. 2016.

SOUZA, L. B.; BARROSO, M. G. T. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 181-187, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a25>. Acesso em: 27 jan. 2016.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1Pt1, p. 102-106, 2010.

STEWART, C. D. W. Leaders, managers, and employee care. **The Health Care Manager**, Frederick, v. 31, n. 1, p. 94-101, 2012.

STRAPASSON, M. R.; MEDEIROS, C. R. G. Liderança transformacional na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 228-233, 2009.

TURANO, L. M.; CAVAZOTTE, F. Conhecimento Científico sobre Liderança: Uma Análise Bibliométrica do Acervo do *The Leadership Quarterly.* **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 434-457, 2016.

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

ULRICH, D.; SMALLWOOD, N.; SWEETMAN, K. **Código da liderança**: cinco regras para fazer diferença. Rio de Janeiro: Best Seller, 2009.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VAN BEVEREN, P. Q. F. **Liderança Tranformacional e Autonomia Grupal:** Adaptação de Instrumentos de Medida. 2015. 77 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia das Organizações e do Trabalho) – Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, 2015.

Van DIERENDONCK, D.; NUIJTEN, I. The servant leadership survey: development and validation of a multidimensional measure. **Journal of Business and Psychology**, New York, v. 26, n. 3, p. 249-267, 2011.

VASCONCELOS, P. Os novos líderes do século 21: um novo conceito de liderança? In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 9., 2013. **Anais...** 2013. Disponível em: <http://www.excelenciaemgestao.org/Portals/2/documents/cneg9/anais/T13_2013_0051.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2015.

VENDEMIATTI, M. et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. suppl.1, p. S1301-1314, 2010.

VICENTINI, L. C. **Liderança autêntica em contextos extremos:** as vivências do BOPE – Batalhão de Operações Policiais Especiais de Santa Catarina. 2015. 211 f. Tese (Doutorado) – Engenharia e Gestão do Conhecimento, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

VIZEU, F. Uma aproximação entre liderança transformacional e teoria da ação comunicativa. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 53-81, 2011.

WAGNER III, J. A.; HOLLENBECK, J. R. **Comportamento organizacional:** Criando vantagem competitiva. São Paulo: Saraiva, 2003.

WALUMBWA, F. O. et al. Psychological processes linking authentic leadership to follower behaviors.**The leadership quarterly**, Amsterdam, v. 21, n. 5, p. 901-914, 2010. Disponível em: <www.sciencedirect.com/science/article>. Acesso em: 18 set. 2016.

WEINER, B. J. A theory of organizational readiness for change. **Implement Science**, London, v. 4, n. 1, p. 67, 2009.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal Advanced of Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WONG, C. A.; GIALLONARDO, L. M. Authentic leadership and nurse-assessed adverse patient outcomes. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 21, n. 5, p. 740-752, 2013.

WONG, C. A.; LASCHINGER, H.; CUMMINGS, G. G. Authentic leadership and nurses' voice behaviour and perceptions of care quality. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 18, n. 8, p. 889-900, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2006**. Working together for health, Geneva: WHO, 2006.

ZHENG, X. et al. Ethical leadership in Chinese organizations: developing a scale. **Frontiers of business research in China**, Leiden, v. 5, n. 2, p. 179-198, 2011.

ANEXO

ANEXO A - Instumento para Coleta de Dados Ursi (2005)

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome_____ Local de Trabalho_____ Graduação_____
País	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Instituição sede do estudo	
( ) Hospital	
( ) Universidade	
( ) Centro de pesquisa	
( ) Instituição única	
( ) Pesquisa multicêntrica	
( ) Outras instituições	
( ) Não identifica o local	
C. Tipo de publicação	
( ) Publicação de enfermagem	
( ) Publicação médica	
( ) Publicação de outra área da saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa ( ) Abordagem quantitativa ( ) Delineamento experimental ( ) Delineamento quase-experimental ( ) Delineamento não-experimental ( ) Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa ( ) Revisão de literatura ( ) Relato de experiência ( ) Outras_____
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção ( ) Randômica ( ) Conveniência ( ) Outra_____. 3.2 Tamanho (n) ( ) Inicial_____ ( ) Final_____ 3.3 Características Idade_____ Sexo: M ( ) F ( ) Raça_____ Diagnóstico_____ Tipo de cirurgia_____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos_____ _____
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente_____ 5.2 Variável dependente_____ 5.3 Grupo controle: sim ( ) não ( ) 5.4 Instrumento de medida: sim ( ) não ( ) 5.5 Duração do estudo_____

	5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção_____
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico_____ 7.2 Nível de significância_____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados_____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____
9. Nível de evidência	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	