UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VANESSA GOMES MAZIERO

Análise da Validade do Questionário de Liderança Autêntica

RIBEIRÃO PRETO

2018

VANESSA GOMES MAZIERO

Análise da Validade do Questionário de Liderança Autêntica

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

Linha de pesquisa: Gestão e gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem

Orientadora: Andrea Bernardes

RIBEIRÃO PRETO

2018

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.

Maziero, Vanessa Gomes

Análise da Validade do Questionário de Liderança Autêntica. Ribeirão Preto, 2018.

148 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Andrea Bernardes

1. Estudos de validação. 2. Liderança. 3. Enfermeiro. 4. Liderança Autêntica.

MAZIERO, Vanessa Gomes

Análise da Validade do Questionário de Liderança Autêntica

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

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICO ESTE TRABALHO

AOS MEUS PAIS DORVAL E MARIA APARECIDA

Pessoas que me inspiram a caminhar, que me orientam em todo caminho percorrido. Não falta amor, não falta confiança, não falta afeto. Vocês são a Luz que ilumina meu caminho.

À MINHA IRMÃ VIVIANE

Está comigo em todos os momentos, não mede esforços para me auxiliar em tudo que preciso.

Amizade verdadeira!

AO MEU IRMÃO VITOR

Está sempre me apoiando, ao meu lado, me oferecendo sempre cuidado e carinho.

*À minha linda sobrinha **Helôisa** por proporcionar alegria aos meus dias.*

AO MEU NOIVO JANDER

Companheiro para todos os momentos, que me incentivou no término da Tese e me ofereceu dedicação e amor.

Obrigada por estarem sempre comigo, pela dedicação, amor e companheirismo.

“O amor é a força mais abstrata, e também a mais potente que há no mundo.”

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

*À **Deus**, essa força infinita, por iluminar minha trajetória, por permitir que haja sonhos, fé, amor e conquistas em meu caminho. Por não deixar que o desânimo seja maior que o anseio de vitória.*

*À professora Dr(a). **Andrea Bernardes** pela amizade, orientação e confiança. A sua dedicação me inspira! Obrigada pelos ensinamentos e pelos últimos sete anos de parceria!*

*À professora Dr(a). **Carmen Sílvia Gabriel** pela amizade, auxílio e pela dedicação. Obrigada pelos ensinamentos!*

*À professora Dr(a). **Rosana Aparecida Spadotti Dantas** pelas sugestões oferecidas na qualificação da Tese e pelos valiosos apontamentos.*

*Aos meus cunhados **Edson** e **Juliana** por torcerem sempre por mim, por me apoiarem e por toda demonstração de carinho.*

*À Enfermeira e amiga **Elíne Aparecida Vendas Righetti** por me auxiliar na coleta de dados, pelo incentivo, amizade e por estar ao meu lado.*

*Às Enfermeiras **Adelina Ferreira Gonçalves** e **Fernanda Vargas Dos Santos Martins** pelo auxílio na coleta de dados e à Enfermeira **Thaís Mendes Gonçalves** pela liberação do trabalho quando necessário para finalização desse projeto.*

*Aos **Enfermeiros** que participaram da pesquisa. Agradeço pela colaboração, vocês foram imprescindíveis na execução desse trabalho.*

“Não é o quanto fazemos, mas quanto amor colocamos naquilo que fazemos. Não é o quanto damos, mas quanto amor colocamos em dar.”

Madre Teresa de Calcutá.

*“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.
O saber se aprende com mestres e livros.
A sabedoria, com o corriqueiro, com a vida e com os humildes.
O que importa na vida não é o ponto de partida, mas a
caminhada.
Caminhando e semeando, sempre se terá o que colher. ”*
Cora Carolina

RESUMO

MAZIERO, V.G. Análise da Validade do Questionário de Liderança Autêntica. 2018. 148 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Baseados nos pressupostos da Teoria de Liderança Autêntica, líderes e liderados têm a oportunidade de encontrar maior sentido nas atividades exercidas, garantindo maior comprometimento no trabalho. Dada a carência de líderes na área da saúde e, em especial na enfermagem, fez-se imperativo, após adaptação do *Authentic Leadership Questionnaire - ALQ* para o contexto brasileiro, já concretizado por outro pesquisador da área de enfermagem, testar suas propriedades psicométricas em uma amostra de profissionais enfermeiros e validá-lo, tornando-o profícuo para Brasil. O estudo objetiva testar a validade do Questionário de Liderança Autêntica (ALQ) após sua adaptação cultural para o português do Brasil. Trata-se de um estudo metodológico e de corte transversal. A população do estudo foram 200 enfermeiros que responderam às duas versões do *Questionário de Liderança Autêntica – ALQ, versão “Avaliando o meu jeito de liderar”*, e a versão *“Avaliando o seu líder”*. Portanto, um mesmo indivíduo respondeu o questionário duas vezes: 1) tendo em vista o perfil de liderança do seu chefe imediato (RATER); e 2) tendo em vista seu perfil de liderança (SELF). Filtrou-se as observações completas das versões do ALQ e foram considerados 181 questionários para a análise dos dados. Analisou-se o perfil da amostra por meio de análise descritiva, e procedeu-se à validação das duas escalas a partir da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) com abordagem mais exploratória. Os modelos foram estimados por Máxima Verossimilhança (MV). No caso dos dois modelos finais, modificados à luz da teoria, estimou-se a qualidade do ajustamento local por meio de pesos fatoriais ($>0,50$), utilizou-se a fiabilidade compósita ($FC > 0,70$) e para cada fator, a variância média extraída ($VME > 0,50$). Conferiu-se as VME de cada fator com o quadrado da correlação entre os fatores, para analisar a validade discriminante. Elegeu-se o modelo *Higher-Order*, tanto para a escala RATER como para a escala SELF. Atesta, no caso da escala RATER a forte dependência de um fator de ordem superior. Além disso, os altos pesos fatoriais entre os itens que ficaram no modelo final e os quatro fatores corroboram sua validade convergente. Na escala SELF, os

pesos fatoriais entre os itens remanescentes e os quatro fatores foram altos e significativos. Por fim, o questionário de Liderança Autêntica está apresentado na seguinte formatação: Avaliando meu jeito de liderar (escala SELF) com os itens 1 a 3 para o fator Transparência Relacional, itens 4 e 5 para Perspectiva Moral, itens 6 e 7 para Processamento Equilibrado e itens 8 a 10 para Autoconsciência. Avaliando o seu líder (escala RATER) com os itens 1 a 3 para Transparência Relacional, 4 e 5 para Perspectiva Moral, 6 a 8 para Processamento Equilibrado e 9 a 11 para Autoconsciência. Os resultados apontados da validação das propriedades psicométricas do instrumento ALQ permitem a disponibilização de um instrumento válido, confiável e específico para avaliação da Liderança Autêntica na população de Enfermeiros dos serviços de saúde do Brasil.

Palavras-chaves: Estudos de Validação; Liderança, Enfermeiro; Liderança Autêntica.

ABSTRACT

MAZIERO, V.G. Analysis of the validity of the Authentic Leadership Questionnaire. 2018. 148f. Thesis (Doctorate) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Based on the assumptions of the Authentic Leadership Theory, leaders and those who have been led have the opportunity to find greater meaning in their activities assuring greater commitment to work. Given the lack of leaders in the health area, especially in nursing field, it is necessary adapting Authentic Leadership Questionnaire - ALQ for the Brazilian context, already accomplished by another researcher of the nursing area, testing its psychometric properties in a sample of nursing professionals and to validate it, making the instrument valid and reliable for the target culture. The study aims to test the validity of the Authentic Leadership Questionnaire (ALQ) after its cultural adaptation to Brazilian Portuguese. This is a methodological and cross-sectional study. The study population consisted of 200 nurses who responded to the two versions of the Authentic Leadership Questionnaire (ALQ), the "Assessing my way to lead" version, and the "Evaluating its leader" version. Therefore, the same individual answered the questionnaire twice: 1) in view of the leadership profile of his immediate boss (RATER); and 2) in view of their leadership profile (SELF). The complete observations of the ALQ versions were filtered and 181 questionnaires were considered for data analysis. The profile of the sample was analyzed by means of descriptive analysis, and the two scales were validated from the Factorial Confirmatory Analysis (AFC) with a more exploratory approach. The models were estimated by Maximum Likelihood (MV). In the case of the two final models, modified in the light of the theory, the quality of the local adjustment by factorial weights (> 0.50) and the individual reliability of the items were evaluated through composite reliability ($HR > 0.70$) and variance ($VME > 0.50$) for each factor. In the case of more than one factor, the discriminant validity was evaluated by comparing the EMRs of each factor with the square of the correlation between the factors. The Higher-Order model was chosen for both the RATER scale and the SELF scale. In the case of the RATER scale, it is strongly dependent on a higher order factor. In addition, the high factor weights between the items that remained in the final model and the four factors corroborate

their convergent validity. In the SELF scale, the factorial weights between the remaining items and the four factors were high and significant. Finally, the authentic leadership questionnaire is presented in the following format: Evaluating my way of leading (SELF scale) with items 1 to 3 for the Relational Transparency factor, items 4 and 5 for Moral Perspective, items 6 and 7 for Balanced Processing and items 8 to 10 for Self-Awareness. Evaluating your leader (RATER scale) with items 1 to 3 for Relational Transparency, 4 and 5 for Moral Perspective, 6 to 8 for Balanced Processing, and 9 to 11 for Self-Awareness. The validated results of the validation of the psychometric properties of the ALQ instrument allow the availability of a valid, reliable and specific instrument to evaluate the authentic leadership in the population of Nurses of the Brazilian health services.

Key Words: Validation Studies; Leadership; Nursing; Authentic Leadership.

RESUMEN

MAZIERO, V.G. Análisis de la validez del Cuestionario de Liderazgo Auténtico. 2018. 148 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Basados en los presupuestos de la Teoría de Liderazgo Auténtico, líderes y liderados tienen la oportunidad de encontrar mayor sentido en las actividades ejercidas, garantizando mayor compromiso en el trabajo. Dada la carencia de líderes en el área de la salud y, en especial en la enfermería, se hizo imperativo, tras la adaptación del Authentic Leadership Questionnaire - ALQ para el contexto brasileño, ya concretado por otro investigador del área de enfermería, probar sus propiedades psicométricas en una muestra de profesionales enfermeros y validarlo, haciéndolo provechoso para Brasil. El estudio tiene como objetivo probar la validez del Cuestionario de Liderazgo Auténtico (ALQ) después de su adaptación cultural al portugués de Brasil. Se trata de un estudio metodológico y de corte transversal. La población del estudio fueron 200 enfermeros que respondieron a las dos versiones del Cuestionario de Liderazgo Auténtico - ALQ, versión "Evaluando mi manera de liderar", y la versión "Evaluando a su líder". Por lo tanto, un mismo individuo respondió el cuestionario dos veces: 1) teniendo en cuenta el perfil de liderazgo de su jefe inmediato (RATER); y 2) teniendo en cuenta su perfil de liderazgo (SELF). Se filtraron las observaciones completas de las versiones del ALQ y se consideraron 181 cuestionarios para el análisis de los datos. Se analizó el perfil de la muestra por medio de análisis descriptivo, y se procedió a la validación de las dos escalas a partir del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) con abordaje más exploratorio. Los modelos fueron estimados por Máxima Verosimilitud (MV). En el caso de los dos modelos finales, modificados a la luz de la teoría, se estimó la calidad del ajuste local por medio de pesos factoriales ($> 0,50$), se utilizó la fiabilidad compuesta ($FC > 0,70$) y para cada factor, la varianza media extraída ($VME > 0,50$). Se verificó las VME de cada factor con el cuadrado de la correlación entre los factores, para analizar la validez discriminante. Se eligió el modelo Higher-Order, tanto para la escala RATER y para la escala SELF. Atesta, en el caso de la escala RATER la fuerte dependencia de un factor de orden superior. Además, los altos pesos factoriales entre los ítems que quedaron en el modelo final y los cuatro factores corroboran su validez

convergente. En la escala SELF, los pesos factoriales entre los elementos restantes y los cuatro factores fueron altos y significativos. Por último, el cuestionario de Liderazgo Auténtico se presenta en el siguiente formato: Evaluando mi manera de liderar (escala SELF) con los ítems 1 a 3 para el factor Transparencia Relacional, ítems 4 y 5 para Perspectiva Moral, ítems 6 y 7 para Procesamiento Equilibrado y artículos 8 a 10 para la autoconciencia. Evaluando a su líder (escala RATER) con los ítems 1 a 3 para Transparencia Relacional, 4 y 5 para Perspectiva Moral, 6 a 8 para Procesamiento Equilibrado y 9 a 11 para Autoconciencia. Los resultados apuntados de la validación de las propiedades psicométricas del instrumento ALQ permiten la disponibilidad de un instrumento válido, confiable y específico para la evaluación del Liderazgo Auténtico en la población de Enfermeros de los servicios de salud de Brasil.

Palabras claves: Estudios de Validación; Liderazgo, enfermero; Liderazgo Auténtico.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxo da análise de dados e seleção dos estudos, Campo Grande - MS, 2018.	33
Figura 2	Síntese de artigos segundo título; autoria, país e ano de publicação, delineamento da pesquisa, número de participantes, objetivo e desfecho das pesquisas, Campo Grande – MS, 2018.	35
Figura 3	Modelo de Liderança Autêntica e de Desenvolvimento dos Seguidores.	52
Figura 4	Esquema dos cinco modelos alternativos estimados para o ALQ, Campo Grande, 2018.	77
Figura 5	<i>Higher Order Model</i> (RATER), Campo Grande - MS, 2018.	84
Figura 6	Higher-Order Model (SELF), Campo Grande – MS, 2018.	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos Enfermeiros, Campo Grande - MS, 2018.	74
Tabela 2	Distribuição dos itens da Escala RATER de acordo com dimensão/domínio Transparência Relacional (TR), Perspectiva Moral (PM), Processamento Equilibrado (PE), Autoconsciência (AC), Campo Grande – MS, 2018.	78
Tabela 3	Distribuição dos itens da Escala SELF de acordo com dimensão/domínio Transparência Relacional (TR), Perspectiva Moral (PM), Processamento Equilibrado (PE), Autoconsciência (AC), Campo Grande - MS, 2018.	79
Tabela 4	Medidas de Adequação dos Modelos Originais, Campo Grande- MS, 2018.	80
Tabela 5	Medidas de Adequação dos Modelos modificados, Campo Grande – MS, 2018.	81
Tabela 6	Ajustes procedidos nos modelos modificados, Campo Grande - MS, 2018.	81
Tabela 7	Medidas de adequação dos modelos finais (<i>Higher-Order Model</i>), Campo Grande – MS, 2018.	83
Tabela 8	Ajustes procedidos nos modelos finais (<i>Higher-Order Model</i>), Campo Grande - MS, 2018.	83

SUMÁRIO

1	Justificativa do estudo	17
2	Introdução	20
2.1	Contextualizando Modelos de Gestão no Brasil	21
2.2	Modelo de gestão participativa e a liderança em enfermagem	25
2.3	Principais teorias da Liderança	27
2.3.1	Teorias dos traços de personalidade (1920-1940)	27
2.3.2	Teoria dos Estilos Comportamentais (1940-960)	27
2.3.3	Teorias dos aspectos situacionais ou contingenciais (1950- 1980)	28
2.3.4	Teorias Interacionais de Liderança (1970 até hoje)	28
2.3.4.1	Liderança Transacional e Transformacional	28
2.3.4.2	Liderança Situacional	29
2.3.4.3	Liderança Autêntica	30
2.4	Revisão Integrativa	31
2.4.1	Método	31
2.4.2	Resultados	34
2.4.3	Discussão	43
2.4.3.1	Engajamento no trabalho e o comportamento organizacional	44
2.4.3.2	Influência do líder autêntico e os benefícios para o liderado	45
2.4.3.3	Liderança autêntica e enfermeiros recém-formados	47
2.4.4	Conclusão	48
3	Referencial teórico metodológico	49
3.1.	Liderança Autêntica	50
3.2.	Autenticidade do Líder	53
3.3	Authentic Leadership Questionnaire (ALQ): descrição do instrumento	54
3.4.	Análise das propriedades psicométricas do Questionário de Liderança Autêntica (ALQ) após sua adaptação cultural para o Brasil	57
3.4.1	Validade	59
3.4.1.2	Validade de critério convergente (ou confirmatória)	59
3.4.1.3	Validade de constructo divergente	59
3.4.2	Análise Fatorial	60
3.4.2.1	Análise Fatorial Exploratória (AFE)	60
3.4.2.2	Análise Fatorial Confirmatória	60
3.4.3	Fidedignidade	61
4	Objetivos	63
4.1	Objetivo Geral	64
4.2	Objetivo Específico	64
5	Método	65
5.1	Delineamento do Estudo	66
5.2	Permissão dos autores para a validação e uso do questionário	66
5.3	Local de Estudo	66
5.4	População do estudo	67
5.5	Procedimento de Coleta de Dados	68
5.6	Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do Questionário de Liderança Autêntica (ALQ)	69
5.7	Aspectos Éticos da Pesquisa	72
6	Resultados	73
6.1	Perfil da amostra	74

6.2	Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do Questionário de Liderança Autêntica (ALQ)	76
6.2.1	Modelos originais	77
6.2.2	Modelos modificados	80
6.2.3	Modelos Finais	82
7	Discussão	86
8	Conclusão	94
9	Referências	96
10	Apêndices	110
	APÊNDICE A: Solicitação para utilizar o Questionário de Liderança Autêntica na Enfermagem brasileira	111
	APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre Esclarecido Enfermagem – Estudo de campo	112
	APÊNDICE C: Roteiro sociodemográfico dos Enfermeiros participantes da pesquisa	115
	APÊNDICE D: Tabelas análise descritiva resultados	117
	APÊNDICE E: Ilustrações dos Modelos AFC	119
	APÊNDICE F: Versão ALQ SELF –Questionário de Liderança Autêntica versão validada “Avaliando meu jeito de liderar”	139
	APÊNDICE G: Versão ALQ RATER – Questionário de Liderança Autêntica versão validada “Avaliando o seu líder”	140
11	Anexos	141
	ANEXO A- Authentic Leadership Questionnaire (ALQ) – Versão SELF	142
	ANEXO B - Authentic Leadership Questionnaire (ALQ) – Versão RATER	143
	ANEXO C- Autorização dos autores do Authentic Leadership Questionnaire para validação das duas versões do instrumento na Enfermagem	144
	ANEXO D- Declaração de concordância da instituição coparticipante Hospital Santa Casa – Associação Beneficente de Campo Grande	146
	ANEXO E- Declaração de concordância da instituição coparticipante: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP	147
	ANEXO F – Aprovação do projeto de pesquisa – Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP	148

JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Os líderes são pessoas que assumem riscos, que traçam caminhos para alcançar metas comuns e inspiram outros à pró-atividade. É o comportamento do indivíduo que define se ele assume a liderança e não o fato da pessoa ocupar um cargo de gerência (MARQUIS; HUSTON, 2015). Portanto, é preciso entender que a liderança não se trata de um cargo, e sim de uma competência (BALSANELLI, 2017).

Cada vez mais se exige do enfermeiro o impacto no cuidado por meio do seu comportamento como líder (BALSANELLI, 2017). Com a incorporação de novas tecnologias no mercado da saúde, exige-se qualificação profissional, criatividade, inovação, entre outros. Destarte, diante do cenário atual, o enfermeiro precisa desenvolver competências assistenciais e gerenciais, sendo a liderança uma competência essencial na busca por melhores práticas organizacionais (DALL'AGNOL et al., 2013; SILVA, 2017).

O enfermeiro é responsável por supervisionar o provimento da assistência ao paciente. Para fornecer uma assistência adequada ao cliente há necessidade de desenvolver competências já na formação dos trabalhadores de saúde. Torna-se importante a atuação do enfermeiro na tomada de decisão, no estabelecimento de um processo de comunicação não verticalizado, no exercício da liderança e do gerenciamento dos serviços bem como no processo de educação permanente dos profissionais (AMESTOY et al., 2017).

O comportamento do indivíduo depende da percepção da realidade que cada um tem. Dessa forma, para a equipe de enfermagem hospitalar, torna-se importante perceber a relação entre líderes e liderados que, de certa forma, definirá seu comportamento (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2010).

Para Manola e Moreira (2014) um ponto considerado crítico para o adequado desempenho da equipe de trabalho é a distância entre gerentes/líderes e enfermeiros assistenciais. Para os autores, esta distância pode ser explicada devido às diferentes concepções de liderança entre líderes e liderados, tendo como consequência o comprometimento da capacidade de influenciar a conquista dos objetivos institucionais.

Nesse sentido, devido às mudanças que ocorrem na enfermagem e nos serviços de saúde, tem sido cada vez mais importante que os enfermeiros desenvolvam habilidades nas funções gerenciais e de liderança.

Nota-se, diante do contexto abordado, que as organizações de saúde exigem cada vez mais uma liderança flexível e comunicativa (STRAPSSON; MEDEIROS, 2009). Diante desta evolução no modelo gerencial, salienta-se a perspectiva da Liderança Autêntica, considerada contemporânea, sendo introduzida por Fred Luthans e Bruce Avolio em 2003. A mesma pode ser definida como um processo de influência das atividades de um grupo em direção à realização de seus objetivos, por meio de uma interação entre duas ou mais pessoas que, frequentemente, se submergem na construção ou desconstrução de situações, percepções e expectativas (HUGHES; GINNETT; CURPHY, 2005).

Trata-se de uma teoria que oferece maior transparência, proporcionando respeito e confiança dos liderados, e ainda, comportamento consistente com os valores pessoais e convicções (AVOLIO et al., 2004; AVOLIO et al., 2008).

Avolio e Gardner (2005) garantem que quanto maior for a fidelidade em relação às suas necessidades, desejos e às suas preferências ou crenças, tão mais autêntica será a pessoa. Deste modo, a autenticidade está presente na essência da teoria da Liderança Autêntica.

Assim, a Liderança Autêntica, no contexto contemporâneo, torna-se uma possibilidade necessária às instituições de saúde. Baseados nos pressupostos dessa teoria, os liderados têm a oportunidade de encontrar maior sentido nas atividades exercidas e maior comprometimento no trabalho, promovendo um ambiente que apoia tanto os líderes quanto seus liderados (AVOLIO; GARDNER, 2005).

Walumbwa, Avolio e Gardner, em 2007, com o intuito de medir a autenticidade do líder, abrangendo as suas características éticas, morais, comportamentais e organizacionais, criaram as versões originais (*SELF* e *RATER*) do instrumento *Authentic Leadership Questionnaire – ALQ*, publicado na língua inglesa. As escalas criadas neste instrumento são ferramentas específicas de medidas, que permitem avaliar o comportamento do líder em relação à sua autenticidade.

Entretanto, diante da necessidade de medir o comportamento do enfermeiro líder em relação à sua autenticidade é necessário tornar o instrumento válido e confiável, é imprescindível adaptá-lo para a cultura alvo (BEATON et al., 2007). Portanto, o instrumento sofreu adaptação transcultural para o contexto brasileiro e o mesmo é aplicável à população de enfermeiros.

O tema “autenticidade do enfermeiro líder” deve ser explorado e as versões brasileiras: “Avaliando meu jeito de liderar e Avaliando o seu líder” (*SELF* e *RATER*)

do *Questionário de Liderança Autêntica - ALQ*, contribuirão para a ampliação do conhecimento sobre a autenticidade do enfermeiro líder e sua influência nas organizações hospitalares brasileiras.

Após adaptação do *ALQ* para o contexto brasileiro, já concretizado por outro pesquisador da área de enfermagem, torna-se imperativo testar suas propriedades psicométricas em uma amostra de profissionais enfermeiros e validá-lo, tornando-o profícuo para Brasil.

Após a confirmação das propriedades psicométricas, o instrumento certamente contribuirá para o aprimoramento das investigações em relação à Liderança Autêntica na área de enfermagem. Ainda, modos contemporâneos de liderar poderão ser propostos para esses profissionais em todos os níveis de atenção à saúde.

INTRODUÇÃO

2 INTRODUÇÃO

2.1 Contextualizando Modelos de Gestão no Brasil.

Os sistemas de saúde devem ser delineados com intuito de fornecer, a todas as pessoas, atendimento e acesso de qualidade aos serviços de saúde (KUTZIN, 2013).

Assim ocorreu com o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído no Brasil a partir da atual Constituição Brasileira estabelecida em 1988, de modo que, em todo o território nacional, o SUS segue os mesmos princípios doutrinários (universalidade, equidade, integralidade) e organizativos (regionalização e hierarquização, resolutividade, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado).

A regulamentação do Sistema de Saúde se deu pela promulgação da Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080 / 1990, em que foram estabelecidas as competências e atribuições de cada nível de governo, cabendo aos municípios o gerenciamento e execução dos serviços públicos de saúde (BARRETO JUNIOR; SILVA, 2004).

Sabe-se que o SUS, enquanto política pública e social, proporciona aspectos inovadores, apesar das inúmeras dificuldades enfrentadas. A efetivação do SUS ocorreu em meio uma série de rearranjos e esteve submetida às crises financeiras, fiscais e políticas que o Estado incidiu (BARRETO JUNIOR; SILVA, 2004). As desigualdades socioeconômicas e culturais, vistas como obstáculos estruturais do sistema, são originárias do modelo privatista e da proteção social fragmentada sobre os quais o sistema foi construído (NORONHA; LIMA, 2008). Ainda, a implementação do SUS torna-se mais complexa pelo fato de ser um sistema que garante a universalidade da saúde, sendo dirigido pelos entes federativos, com financiamento tripartite e gestão participativa (BRASIL, 2009).

Em 2004 teve início o processo de discussão para a revisão das normas do SUS e diretrizes para o processo de gestão do mesmo, culminando na elaboração da Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, definido em três dimensões: Pacto em Defesa do SUS; Pacto pela Vida; e Pacto de Gestão (BRASIL, 2011).

Dentre as principais propostas do Pacto estão: compromissos entre os gestores do SUS; estabelecimento de prioridades com impacto na situação de saúde da população; defesa dos princípios do SUS e articulação de ações; repolitização da

saúde por meio de mobilização social; estabelecimento de diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada – PPI, Regulação, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL, 2006).

O Pacto de Gestão foi criado com objetivo de definir melhor as responsabilidades de cada ente federado, colaborando para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Este Pacto foi criado a partir do diagnóstico de diferenças e iniquidades regionais, objetivando progredir na regionalização e descentralização do SUS. Além disso, propõe a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo a descentralização e desburocratização dos processos normativos. Ainda, enfatiza a territorialização da saúde, estruturando as regiões sanitárias e estabelecendo colegiados de gestão regional (BRASIL, 2006).

O modelo de gestão implica na articulação de gestores do sistema em cada nível de governo (NORONHA; LIMA, 2008). Tal modelo é orientado pela Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, que apresenta como componentes a Gestão Participativa e o Controle Social no SUS, o Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, a Ouvidoria e Auditoria do SUS (BRASIL, 2011).

Entende-se como gestão participativa uma estratégia transversal, que permite a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social, por meio de ações e estruturas que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade (BRASIL, 2011). Desta forma, as gestões estratégicas e participativas compõem atividades voltadas ao aperfeiçoamento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações como o apoio ao controle social, maior equidade e à mobilização social (BRASIL, 2009).

Diante de tais contextualizações, percebe-se que a ação governamental deve ter como foco os cidadãos, objetivando superar os modelos tradicionais, alicerçando as comunidades e descentralização da tomada de decisão.

Nesse sentido, foi criada a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) que tem como objetivo implementar e coordenar ações de auditoria, ouvidoria, articulação interfederativa, segurança e gestão da informação e promoção da equidade, objetivando a qualificação e o fortalecimento da gestão estratégica e participativa e do controle social no SUS. O SGEP tem como responsabilidade acelerar e aperfeiçoar a implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas de

gestão e busca a ampliação de espaços públicos e coletivos para o aprendizado do diálogo e da pactuação das diferenças, com intuito de construir um conhecimento compartilhado sobre saúde. (BRASIL, 2009).

Além disso, destaca-se a constante incorporação de novas tecnologias, produtos e práticas de gestão nos sistemas de saúde, exigindo novos modelos gerenciais e, ainda, a reformulação do processo assistencial no âmbito dos serviços de saúde (NETO; MALIK, 2012).

Sendo uma exigência do Sistema Único de Saúde, e fazendo parte das políticas públicas, modelos mais democráticos de gestão estão sendo estimulados nas instituições de saúde. Dessa forma, busca-se a transposição de modelos de gestão inflexíveis e burocráticos para modelos mais contemporâneos e participativos.

Novos modelos gerenciais necessitam ser incentivados de modo que enfatize a criação de dispositivos de escuta dos usuários e trabalhadores. As necessidades em saúde são dinâmicas, determinando que os serviços e a gestão em saúde sejam apropriados e capazes de criar estratégias também dinâmicas, apropriadas para escutar e trabalhar necessidades de saúde.

O surgimento de modelos gerenciais contemporâneos gerou mudanças na organização do trabalho em saúde, contrapondo sistemas de gestão tradicionais com seus elementos tayloristas, fayolistas e ênfase em estruturas formais e verticalizadas. Tais sistemas de gestão não correspondem mais às perspectivas dos gerentes, trabalhadores e usuários dos sistemas de saúde (BERNARDES et al., 2011).

Ressalta-se que a gestão dos serviços de enfermagem obteve intensa influência das teorias tradicionais de Administração. A organização do trabalho em saúde e da enfermagem apresenta herança baseadas no modelo funcional de Taylor e Fayol e nas disfunções da burocracia, marcado pela fragmentação do trabalho e ainda pela alienação do trabalhador quanto ao seu objeto de trabalho, o paciente. Ademais, são evidenciadas barreiras na iniciativa e criatividade, tornando-se um trabalho limitado, gerando insatisfação e não compromisso dos profissionais, além da baixa produtividade (MAGALHÃES; DUARTE, 2004).

Nesse modelo de gestão verticalizado, nota-se divisão do trabalho por categorias, que leva à fragmentação do cuidado, sendo emergente a necessidade de mudanças nos processos saúde-doença pensando na perspectiva do cuidado integral (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Nesse sentido, aos enfermeiros, gerentes do cuidado, é necessário a busca constante por inovações na gestão dos serviços, objetivando enfraquecer as consequências dos modelos tradicionais de gestão, que ainda são vigentes em várias instituições de saúde (MAGALHÃES; DUARTE, 2004; SILVA MOISÉS; MEDEIROS; CARTAXO DE FREITAS, 2013).

A partir destes modelos gerenciais que pregam a descentralização da gestão, houve a supressão de vários departamentos por categorias profissionais, assim, o formato do serviço nos sistemas de saúde é envolto da população de usuários com atendimentos realizados por equipes interdisciplinares (WONG et al., 2010).

A perspectiva do processo de trabalho interdisciplinar contraria a prática tradicional de organização do trabalho em saúde desenvolvida de maneira fragmentada, de modo que cada grupo profissional concretiza suas ações solitariamente, sem articulação entre os saberes e fazeres das distintas profissões (MATOS; PIRES, 2009).

Cardoso e Nascimento (2010) apontam problemas para a construção da interdisciplinaridade na saúde, como a formação especialista dos profissionais e o conhecimento em compartimentos. Entretanto, a interdisciplinaridade é essencial na assistência aos usuários de saúde, inclusive para se garantir um cuidado eficaz, não somente na rede pública. Nota-se que os distintos profissionais debatem e defendem a interdisciplinaridade, contudo, permanecem limitados às disciplinas e práticas individuais e fragmentadas (LOCHNECKEL, 2009).

Apesar das dificuldades, a interdisciplinaridade é necessária para garantir a gestão participativa em todos os níveis, uma vez que os pressupostos desse modelo visam a democratização das decisões e do poder. Assim, a equipe interdisciplinar deve participar do processo de tomada de decisão por meio da intensificação da comunicação intra e interunidades (BERNARDES et al., 2011; BERNARDES et al., 2012).

Nesse contexto, as organizações de saúde passam a atribuir importância à gestão participativa também como forma de aprendizagem, apropriada a fazer a diferença na qualificação dos trabalhadores (VAGHETTI et al., 2011). Quando executado de forma adequada, este modelo de gestão torna o desenvolvimento organizacional e das equipes ainda mais forte, valorizando as competências individuais (MEDEIROS et al., 2010).

Ainda que haja compreensão da gestão participativa e sua importância nas instituições de saúde, no que concerne à qualidade e o sucesso das relações profissionais e pessoais, não se identifica com propriedade que essa seja a realidade das instituições de saúde no Brasil (MOURA et al., 2012).

Entretanto, faz-se importante a adoção desse modelo contemporâneo de gestão, na medida em que estabelece a organização do líder e de seus liderados, oportunizando espaços de crescimento grupal, valorizando as potencialidades do trabalhador, motivando a comunicação e o comprometimento com o trabalho coletivo (MEDEIROS et al., 2010).

2.2 Modelo de gestão participativa e a liderança em enfermagem

Liderar trata-se da habilidade do líder em conduzir o trabalho da equipe, sendo necessário o conhecimento técnico e científico, além do domínio interpessoal (STRAPASSON; MEDEIROS, 2009). Maxwell (2011) conceitua a liderança como a disposição para assumir riscos. O líder assume responsabilidades e distingue possibilidades enquanto outras pessoas são capazes de ver apenas dificuldades. Destarte, serve de inspiração para outras pessoas, precisando da ajuda de outros para alcançar o sucesso

Ainda, a liderança e o gerenciamento são habilidades que podem ser desenvolvidas por pessoas distintas. O primeiro foca o mundo externo; já o segundo deve se prender ao mundo interno da empresa, para assim, tornar realizáveis as ideias revolucionárias do líder (GAUDÊNCIO, 2011).

Há diversas características e qualidades que um bom líder deve possuir, como a visão, competência, habilidades de comunicação e tomada de decisão, entre outros. (STEWART, 2010). Outras características dos líderes: adquirem poder por outras vias, como por exemplo, a influência; apresentam uma série maior de papéis relacionados aos administradores; podem ou não fazer parte da organização formal; apresentam foco no processo grupal, na coleta de informações, no *feedback* e no fortalecimento dos outros indivíduos do processo; enfatizam relações interpessoais; dirigem seguidores interessados, apresentam metas que podem ou não conjecturar as da organização (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Os líderes eficazes trazem em comum algo além do estilo. Para Peter Drucker (2011), apresentam práticas análogas contidas em três grandes áreas. A primeira

aponta para práticas que fornecem aos líderes o conhecimento que necessitam; a segunda oferece a eles a ajuda necessária para transformar esse conhecimento em ação; já na terceira área estão as práticas que garantem que toda a organização se sinta comprometida e responsável.

A gestão eficaz é um aspecto essencial no papel do líder, por garantir boa comunicação e trabalho em equipe, uma vez que uma equipe adequadamente gerida apresenta melhor desempenho (KEEGAL, 2013).

Huber (2013) pondera que liderança é capaz de afetar o clima e o ambiente de trabalho da organização, ainda, a liderança exercida pode alterar a produtividade individual, bem como a organizacional desses profissionais. Destarte, modelos de gestão mais descentralizados e capazes de valorizar as relações interpessoais como a gestão participativa, requerem a adoção de teorias de liderança mais contemporâneas.

Cunha (2008) analisa a liderança voltada para a qualidade na enfermagem e pontua que se trata de uma competência que visa descobrir e eliminar as causas dos fracassos; estimular o trabalho da equipe e a participação das pessoas de maneira efetiva; ajudar na realização pessoal e profissional; organizar novas lideranças; fortalecer os processos de tomada de decisão; promover a descentralização do comando; determinar comprometimento com as soluções escolhidas e resolver problemas que não podem ser resolvidos particularmente.

Os trabalhos iniciais de liderança apresentaram conceitos amplos de liderança, como o comportamento dos líderes. Já pesquisas mais recente envolvem estudos sobre liderança como processo de influenciar outros indivíduos na cultura organizacional e no processo de interação entre os líderes e seguidores e suas relações (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Gardner (1990) asseverou que líderes-administradores, integrados, apresentam tais características distintas: raciocinam a longo prazo, enxergam além na direção da organização como um todo, influenciam os outros, além do seu próprio grupo, enfatizam a visão, os valores e a motivação, são politicamente astutos, pensam em termos de mudança e renovação. Estudo trouxe as concepções atribuídas pelos enfermeiros no que concerne a liderança em um hospital público. A liderança foi destacada como uma habilidade aprimorada segundo a vivência, tempo de experiência nas unidades hospitalares dirigindo uma equipe de enfermagem. A liderança desempenhada pelos enfermeiros assistenciais em ambiente hospitalar está

articulada ao empreendedorismo das instituições hospitalares atuais, bem como a ampliação de habilidades profissionais distintas (PAULA et al., 2012).

Para maior entendimento da liderança contemporânea, passa-se a apresentação das principais teorias que a embasam:

2.3 Principais teorias da liderança

2.3.1 Teorias dos traços de personalidade (1920 – 1940)

Trata-se das primeiras abordagens da liderança, cuja centralidade é na figura do líder e na busca de qualidade comuns entre eles. Considera-se a teoria dos grandes homens e a dos traços. A teoria dos grandes homens entendia que a liderança era exercida pelos chefes inatos, homens que foram destinadas a exercer influência na sociedade. Era uma questão de dom para a liderança. A teoria dos traços era semelhante à teoria dos grandes homens, e ressaltavam as qualidades pessoais dos líderes (GUIMARÃES, 2012).

2.3.2 Teoria dos Estilos Comportamentais (1940 – 1960)

A partir do desenvolvimento da teoria de liderança, os pesquisadores passaram a enfatizar os atos dos líderes e nem tanto as características dos mesmos. Lewin (1951) e White e Lippit (1960) isolaram estilos comuns de liderança. Com o tempo os estilos de liderança passaram a ser conhecidos como autoritários, democráticos e laissez-faire (MARQUIS; HUSTON, 2015; GUIMARÃES, 2012):

Liderança Autoritária: A liderança autoritária pode ser encontrada mais comumente nas grandes burocracias. Neste estilo, a criatividade, a automotivação e a autonomia são reduzidas e a produtividade alta.

Liderança Democrática: A comunicação se dá para cima e para baixo, a crítica é construtiva e a tomada de decisão envolve os liderados. Em relação à produtividade, a liderança democrática é menos eficiente do que a liderança autoritária, mas é eficaz em relação à cooperação e coordenação entre os grupos.

Liderança tipo *Laissez-faire*: A tomada de decisão é dispersa entre o grupo, há ausência de críticas e pouco ou nenhum controle. Essa liderança é adequada quando se necessita de *brainstorming* para soluções.

2.3.3 Teorias dos aspectos situacionais ou contingenciais (1950-1980)

De acordo com essa teoria, a liderança depende do líder, dos liderados e da situação organizacional. Destaca-se o modelo contingencial ou do comportamento de Fiedler, elaborado a partir da identificação do modelo de liderança e da personalidade do líder através do LPC (*Least Preferred Coworker* – companheiro de trabalho menos preferido) e da definição da situação (GUIMARÃES, 2012). Na abordagem contingencial de Fiedler as inter-relações entre os membros e líderes do grupo eram influenciadas, prevalentemente, pela capacidade do administrador em ser um bom líder (MARQUIS; HUSTON, 2015). Destaca-se também o modelo situacional de Hersey e Blanchard, que prevê qual estilo de líder é mais adequado a cada situação, de acordo com o nível de maturidade dos seguidores, pois alegam que com o amadurecimento das pessoas o estilo de liderança deixa de se concentrar tanto nas tarefas e passa a se concentrar mais nas relações (MARQUIS; HUSTON, 2015).

2.3.4. Teorias Interacionais de Liderança (1970 até hoje)

A Teoria Interacional tem como premissa básica que o líder habitua ser determinado pelas relações entre sua personalidade e a situação específica. Schein (1970) apresentava o modelo baseado na teoria de sistemas. Para o autor, as motivações das pessoas não são constantes e alteram com o tempo, as metas podem ser distintas nas várias situações, o comportamento e a produtividade de um líder são influenciados pela natureza da tarefa e nenhuma estratégia de liderança é eficiente em todas as situações. Para Hollander (1978) a eficácia da liderança está na capacidade de solucionar problemas, adequada comunicação, manifestação de imparcialidade. Já Kanter (1989) salienta que a autoridade por meio de cargo e titulação já não é mais eficiente, pois os trabalhadores são capazes e estimulados a ter as próprias ideias (MARQUIS; HUSTON, 2015).

2.3.4.1 Liderança Transacional e Transformacional.

Burns (2003) idealizou a Liderança Transformacional, e defendeu dois tipos de líder em uma administração: o tradicional, preocupado com as intervenções do

cotidiano, chamado de Transacional, e o líder Transformacional que se trata do administrador envolvido, que apresenta visão ampliada e é capaz de delegar poder (MARQUIS; HUSTON, 2015).

A liderança Transacional é capaz de identificar valores comuns, inspirar os liderados com sua visão, de observar os efeitos causados pela sua liderança, e é capaz de delegar poder (MARQUIS; HUSTON, 2015). Contudo, o líder transacional direciona seus subordinados rumo aos objetivos pretendidos e dissemina recompensas para os que conseguem alcançar (SOBRAL; PECI, 2008). Para Vizeu (2011), nesse modelo não há a preocupação com a coletividade, ou com princípios moralmente determinados. Esse estilo apresenta ênfase no autointeresse.

Estudos demonstram que os líderes transformacionais são capazes de influenciar a saúde e bem-estar de sua equipe por meio de distintas estruturas (MUNIR et al., 2012; SKAKON et al., 2010). A teoria de Liderança Transformacional aceita identificar as ideias e desejos dos liderados, apropriada a favorecer a revelação de habilidades para o alcance das metas institucionais e individuais (EBOLI, 2010). Essa teoria apresenta foco no desenvolvimento dos seus seguidores, já que o líder facilita a independência dos seus liderados, influenciando-os no atingimento de metas da equipe (CUMMINGS et al., 2008; VIZEU, 2011).

A liderança Transformacional acontece a partir da interação entre líderes e liderados. Assim, o líder trabalha na maior sensibilidade dos seguidores em relação ao que é certo, motivando-os a superar expectativas (DIAS; BORGES, 2015).

2.3.4.2 Liderança Situacional

A teoria da liderança Situacional aborda que não há um estilo de liderança único aplicado às distintas situações. Destarte, as competências de um líder situacional são determinadas a partir da habilidade de diagnosticar o nível de desempenho, competência e compromisso dos liderados. A liderança situacional está estabelecida no compromisso compartilhado (LYNCH; McCORMACK; McCANCE, 2011).

Para Cunha e Silva (2010) a ocorrência da liderança situacional é demonstrada pela capacidade do líder em adotar quatro estilos de comportamento: foco alto na tarefa e baixo relacionamento, foco alto na tarefa e também no relacionamento, foco alto no relacionamento e baixo na tarefa e foco baixo no relacionamento e na tarefa.

Para Maximiano (2012), a liderança precisa se ajustar à situação para que a mesma seja eficaz. Contudo, sabe-se que nenhuma teoria situacional consegue esclarecer definitivamente a eficácia do líder (GOMES; DEWES, 2017). De acordo com a abordagem contingencial de Fiedler (1967), nenhum estilo de liderança é capaz de ser ideal a cada situação.

Os autores Paul Hersey e Kenneth Blanchard (1989) utilizaram as mesmas dimensões de Fiedler, comportamento de tarefa e de relacionamento

Os autores demonstraram essas duas dimensões como “alto e baixo” e, de tal modo, nasceram os quatro comportamentos: Determinar (E1), (tarefa alto – relacionamento baixo): apropriado aos subordinados com baixa maturidade (M1). Persuadir (E2), (tarefa alto – relacionamento alto): indicado para pessoas com maturidade entre baixa e moderada (M2). Compartilhar (E3), (tarefa baixo – relacionamento alto): é adequado para subordinados com maturidade entre moderada e alta (M3). Delegar (E4), (tarefa baixo – relacionamento baixo): adequado para subordinados com alta maturidade (M4).

2.3.4.3 Liderança Autêntica

Trata-se de outra teoria contemporânea emergente também conhecida como Liderança Congruente. Ela objetiva a construção de organizações mais autêntica e relações mais transparentes.

A Liderança Autêntica distingue-se pela transparência nos relacionamentos, compartilhamento de informações e sentimentos, no comprometimento organizacional e satisfação no desempenho e uma conduta consistente com o sistema de valores pessoais e convicções. Para Wong e Laschinger (2012), os líderes autênticos envolvem os liderados nas decisões, alcançando maiores resultados em relação à confiança e maior engajamento e satisfação no trabalho. A autenticidade está relacionada com ser verdadeiro consigo mesmo, assim, quanto maior for a fidelidade que a pessoa apresentar em relação às suas emoções, necessidades, desejos, preferências ou crenças, tão mais autêntica ela será (SOBRAL; GIMBA, 2012).

Organizações baseadas em culturas mais flexíveis, estimulando o desenvolvimento do trabalhador e promoção da inovação, podem apresentar vantagem competitiva. Trata-se de uma cultura orientada para a flexibilidade, podendo ser propícia à Liderança Autêntica (AZANZA; MORIANO; MOLERO, 2013).

Avolio e Gardner (2005) nomeiam a Liderança Autêntica como um constructo raiz, indicando que a mesma compreende todas as formas positivas de Liderança. Contudo, distingue-se das demais teorias de liderança por se basear no senso mais intenso do próprio “eu” do líder, líderes autoconscientes, conhecedores de sua relação com a vida em geral, seus valores e crenças.

Por ser a teoria da Liderança Autêntica objeto deste estudo, passa-se à revisão integrativa acerca do tema.

2.4. Revisão Integrativa

Em relação ao processo de Liderança Autêntica, observam-se dois aspectos notáveis: o papel essencial do líder autêntico na coerência de suas ações e na influência dos seguidores no comportamento proativo, ético e responsável. Ainda, a importância na edificação de um ambiente de confiança e integridade que proporcione apoio para os processos da gestão do conhecimento (BESEN; TECCHIO; FIALHO, 2017).

A teoria de Liderança Autêntica é definida por Avolio, Walumbwa e Weber (2009) como um processo que resulta em desempenhos positivos por parte dos líderes e liderados, originando o autodesenvolvimento. Além disso, os autores complementam que há necessidade de se examinar como a Liderança Autêntica é visualizada nas distintas culturas e situações, se a mesma concebe a base de uma boa liderança, e se é participativa, inspiradora e motivadora.

Tendo em vista a importância dessa temática, o objetivo dessa revisão integrativa da literatura é identificar e analisar a produção científica existente sobre os aspectos positivos da Liderança Autêntica no processo de trabalho do enfermeiro.

2.4.1 Método

Trata-se de revisão integrativa da literatura que apresenta a finalidade de resumir, de forma sistemática, conhecimentos de estudos acerca de um determinado tema para melhor abrangência de um fenômeno ou problema de saúde (HOFMEYER; MARCK, 2008).

O estudo utilizou as seis etapas para realização da revisão integrativa: 1) seleção da questão norteadora (Quais os aspectos positivos da Liderança Autêntica

no processo de trabalho do Enfermeiro?); 2) determinação dos critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas e categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados e; 6) a apresentação da revisão com síntese do conhecimento produzido (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O estudo foi realizado nos meses de junho a setembro de 2018. A procura dos artigos foi realizada nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Literatura Latino-America e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *National Library of Medicine National Institutes of Health* (Pubmed).

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram utilizados para a consulta aos descritores controlados para as bases de dados SciELO e LILACS, sendo eles: Liderança, Enfermeiro e Gestão. Foram utilizadas também descritores não-controlados (palavras-chave), com a finalidade de ampliar a busca sobre a temática desejada, já que a mesma se utiliza de vocabulário não cadastrado como descritores em ciências da saúde, as quais são: Autenticidade, Enfermagem, Autêntico e Liderança Autêntica.

Para a base de dados *PubMed*, adotou-se os descritores controlados do *Medical Subject Headings* (MeSH), que compreenderam: Leadership e Nursing. Os descritores não-controlados foram: Authentic e Authentic Leadership.

Nas bases de dados que utilizam os descritores em português foram realizadas 07 buscas utilizando a combinação no seguinte formato: Liderança AND Autêntica; Liderança Autêntica AND Autenticidade; Autenticidade AND Liderança; Autenticidade AND Enfermagem; Autenticidade AND Enfermeiro, Liderança Autêntica AND Enfermagem, Liderança AND Enfermeiro AND Autêntico.

Na base que utiliza os descritores em inglês foram realizadas busca utilizando a combinação no seguinte formato: Authentic Leadership AND Nursing.

Salienta-se que busca foi realizada no campo de busca livre para abranger maior número de estudos que envolvam a temática.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram os seguintes: artigos originais e de revisão, disponíveis nos idiomas português e inglês, sem limites relacionados ao ano de publicação.

Inicialmente, foram encontrados 104 artigos (Figura 1). Para a seleção da amostra, foi realizada a leitura dos títulos e resumos pela pesquisadora, sendo que a

não pertinência do estudo resultou em exclusão do mesmo. Os estudos excluídos não apresentavam relação com o tema Liderança Autêntica na Enfermagem.

Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e, posteriormente, foram excluídos parte deles por não responderem à questão de estudo proposta nesta pesquisa. Dessa forma, a amostra final foi composta por 21 artigos.

Figura 1: Fluxo da análise de dados e seleção dos estudos, Campo Grande - MS, 2018.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Por fim, foi utilizado o instrumento validado por Ursi (2005), o qual contempla a etapa de avaliação dos estudos utilizando o referencial de níveis de evidência (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). O referencial apresenta sete níveis de evidência, dependendo do delineamento do estudo: nível I – revisões sistemáticas ou meta-análise de ensaios clínicos randomizados controlados (ECRC); nível II - pelo menos um ECRC; nível III - ensaios clínicos bem delineados, sem randomização; nível IV - caso controle ou coorte; nível V - revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos; nível VI - um único estudo descritivo ou qualitativo; nível VII - opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas. Os níveis I e II são

considerados evidências fortes, III e IV evidências moderadas e V a VII estudos com fraca evidência científica.

2.4.2 Resultados

Nesse estudo, foram selecionados 21 artigos para análise que respondiam à questão de pesquisa.

Em relação ao ano de publicação, um dos artigos é de 2006, os demais variaram entre os anos de 2010 a 2018. Nota-se que se trata de um tema recente, principalmente quando relacionado às organizações de saúde e ao profissional de enfermagem. A Liderança Autêntica foi introduzida por Fred Luthans e Bruce Avolio em 2003. Na área da enfermagem, houve maior impacto a partir do estudo de Walumbwa et al. (2008), com pesquisas desenvolvidas na Universidade de Western Ontario, no Canadá, conforme citado, Wong, Laschinger e Cummings (2010), Giallonardo, Wong e Iwasiw (2010), Wong e Giallonardo (2013).

Dois estudos (10%) foram publicados em periódicos nacionais e 19 (90%) estudos internacionais. Dos 21 (100%) artigos estudados, 13 (62%) foram desenvolvidos no Canada, sendo que 10 destes apresentaram um autor em comum.

O ambiente hospitalar esteve presente em 21 (100%) dos artigos. No contexto hospitalar, a Liderança Autêntica ganha espaço no que concerne ao comprometimento dos liderados a partir do entendimento do seu papel dentro da instituição, tornando o clima propício, tanto para os líderes como para os liderados.

Nesse sentido, devido às mudanças que ocorrem na enfermagem e nos serviços de saúde, principalmente hospitalares, tem sido cada vez mais importante que os enfermeiros desenvolvam habilidades nas funções gerenciais e de liderança.

Abaixo segue a síntese dos artigos (Figura 2) segundo título; autoria, país e ano de publicação; delineamento da pesquisa, número de participantes, objetivo e desfecho das pesquisas.

Figura 2: Síntese de artigos segundo título; autoria, país e ano de publicação; delineamento da pesquisa, número de participantes, objetivo e desfecho das pesquisas, Campo Grande – MS, 2018.

Títulos	Autores/ País/Ano	Delineamento da pesquisa/ número de participantes	Objetivo	Desfechos
Liderança Autêntica e perfil pessoal e profissional de enfermeiros	Carvalho et al. Brasil, 2016.	Estudo correlacional em um hospital terciário, quantitativo não experimental, 69 enfermeiros.	Verificar a associação da Liderança Autêntica ao perfil pessoal e profissional de enfermeiros	Os enfermeiros apresentaram características de líderes autênticos. A autoconsciência apresentou maior valor entre os enfermeiros assistenciais em detrimento aos enfermeiros clínicos. As demais variáveis não apresentaram relações significantes. Sugere-se a validação do ALQ para o idioma português, para que novos estudos sejam desenvolvidos.
Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura.	Lanzoni, Meirelles. Brasil, 2011.	Revisão integrativa de literatura, 36 estudos selecionados.	Evidenciar e discutir as principais características do conceito de liderança e do enfermeiro líder, bem como suas atribuições para a prática em enfermagem e saúde.	Encontrou no estudo enfermeiros líderes autoritários e os autênticos. Há uma tendência à Liderança Autêntica e participativa e instituições que possuem liderança sólida

				são beneficiadas com aumento da criação de vínculos, com menor rotatividade de funcionários, menos conflitos, maior envolvimento das pessoas no processo de trabalho e melhor aproveitamento dos recursos.
Antecedents, mediators, and outcomes of authentic leadership in healthcare: A systematic review.	Alilyyani, Wong, Cumming. Canada, 2018.	Revisão sistemática de literatura, 136 manuscritos.	Examinar os antecedentes, mediadores e desfechos associados com a Liderança Autêntica em saúde.	Forneceu uma compreensão mais abrangente da Liderança Autêntica, que pode ser usada para educar futuros líderes e tem o potencial de melhorar as estratégias de desenvolvimento de liderança e os resultados positivos em saúde.
Authentic leadership in healthcare: a scoping review.	Malila, Suhonen. Canada, 2017.	Revisão de escopo com análise temática. Foram incluídos 29 estudos.	Revisar artigos de pesquisa originais revistos por pares sobre liderança em saúde para identificar potenciais lacunas de pesquisa e apresentar recomendações para futuras pesquisas.	A revisão identificou os temas: bem-estar no trabalho, qualidade do atendimento ao paciente, ambiente de trabalho e promoção à Liderança Autêntica.

A thematic Analysis of self-described Authentic Leadership Behaviors Among Experienced Nurse Executives.	Alexander, Lopez. Estados Unidos, 2018.	Estudo qualitativo, descritivo, entrevista semiestruturada, 17 Líderes de enfermagem.	Compreender os comportamento s que os enfermeiros experientes usam para criar ambientes de trabalho saudáveis. As construções de Liderança Autêntica formaram o quadro conceitual para o estudo.	A pesquisa compreendeu aspectos práticos da Liderança Autêntica. Descrevem comportamentos dos líderes para sustentar ambientes de trabalho saudáveis.
The influence of authentic leadership on safety climate in nursing.	Dirik, Intepeler. Turquia, 2017.	Estudo quantitativo. Foi utilizado o questionário de Liderança Autêntica e o Safety Climate Survey, analisados por análise de regressão hierárquica, 350 enfermeiras em três hospitais turcos.	O estudo analisou a percepção dos enfermeiros sobre a Liderança Autêntica e clima de segurança e examinou a contribuição da Liderança Autêntica para o clima de segurança.	O clima de segurança foi significativamente e positivamente correlacionado com Liderança Autêntica. A Liderança Autêntica é capaz de aumentar as percepções positivas do clima de segurança.
The effects of authentic leadership, organizational identification, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' job turnover intentions in Canada.	Fallatah, Laschinger , Read. Canada, 2017.	Estudo quantitativo. Análise de dados secundários de um estudo transversal com novos enfermeiros. 998 enfermeiros recém graduados com tempo de atuação menor ou igual a três anos.	Examinar a influência da Liderança Autêntica em novas intenções de mudanças de emprego dos enfermeiros através de sua identificação pessoal com o líder, a identificação organizacional e a auto eficácia no	Líderes autênticos apresentam a capacidade de influenciar atitudes de trabalho e comportamento de seus seguidores. Para aumentar a retenção de novos enfermeiros graduados, os líderes de

			enfrentamento do trabalho	enfermagem devem reforçar a identificação de enfermeiros novos com os líderes e a organização.
Authentic leadership and its impact on creativity of nursing staff: A cross sectional questionnaire survey of Indian nurses and their supervisors.	Malik, Dhar, Handa. India, 2016.	Estudo quantitativo. Dados coletados por meio de questionário que consistiam em itens de Liderança Autêntica, conhecimento, compartilhamento do comportamento e uso de tecnologia de informação, os supervisores receberam questionário com itens de criatividade de seus subordinados. Amostra de 405 funcionários enfermeiros e 81 supervisores.	Examinar a relação entre a Liderança Autêntica e criatividade dos funcionários, ao mesmo tempo em que determina o efeito mediador do comportamento de compartilhamento de conhecimento e o efeito moderador do uso de tecnologia de informação sobre esta associação.	Houve impacto do compartilhamento de conhecimento sobre a criatividade e é melhorado pela gestão do conhecimento de forma eficiente e eficaz, por meio do uso apropriado da tecnologia de informação.
Authentic leadership and thriving among nurses: the mediating role of empathy.	Mortier, Vlerick, Clays. Bélgica, 2016.	Estudo quantitativo, transversal. Utilizou questionários auto administráveis, hipóteses testadas por meio de análises de regressão hierárquica. 360 enfermeiros.	Investigar o relacionamento entre a Liderança Autêntica percebida e as dimensões de prosperidade (aprendizagem e vitalidade) entre os enfermeiros e o papel da empatia nesse relacionamento.	Os resultados demonstraram associação positiva entre Liderança Autêntica e as dimensões de prosperidade estudadas. A associação positiva entre aprendizagem e Liderança Autêntica não foi explicada pela empatia do líder.

Linking nurses' Perceptions of Patient care Quality to Job Satisfaction.	Laschinger , Fida. Canada, 2015.	Estudo quantitativo, transversal, modelagem de equações estruturais. 723 enfermeiros canadenses.	Testar a ligação entre Liderança Autêntica, estrutura, apoio profissional, qualidade de atendimento ao paciente e satisfação no trabalho.	Líderes autênticos desempenham papel importante na criação de ambientes de trabalho que apoiam os profissionais e resultam em percepções de qualidade no atendimento ao paciente e participação no trabalho.
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.	Laschinger , Borgoni, Read. Canada, 2015.	Estudo quantitativo, transversal com enfermeiros com tempo menor de 3 anos de experiência.	Testar um modelo que une a Liderança Autêntica, áreas da vida profissional, autoeficácia, ocupacional de enfrentamento, burnout e saúde mental entre os recém-formados, além da validade do conceito de tensão interpessoal no trabalho como uma faceta de burnout.	Líderes autênticos podem desempenhar papel importante no fortalecimento de enfermeiros recém-formados.
The influence of empowerment , authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived	Regan, Laschinger , Wong. Canada, 2016.	Delineamento quantitativo não experimental preditivo, 220 enfermeiros experientes.	Examinar a influência dos fatores estruturais de empoderamento , Liderança Autêntica e ambientes profissionais de enfermagem nas percepções dos	O Empoderamento estrutural, Liderança Autêntica e um ambiente de prática de enfermagem podem melhorar a colaboração

interprofessio nal collaboration.			enfermeiros experientes sobre a colaboração Interprofissional .	interprofissional aprimorada (IPC).
The influence of authentic leadership and empowerment on nurses' relational social capital, mental and job satisfaction over the first year of practice.	Read, Laschinger . Canada, 2015.	Delineamento longitudinal para testar o modelo hipotético, modelagem de equações estruturais. 191 enfermeiros graduados a menos de 2 anos.	Examinar o modelo teórico que testa o efeito da Liderança Autêntica, estrutura de empoderamento , e capital social relacional sobre saúde mental e satisfação no trabalho de enfermeiros no primeiro ano de prática.	Líderes autênticos criam ambientes de trabalhos estruturalmente capacitantes e influenciam positivamente o capital social relacional dos novos enfermeiros no ambiente de trabalho.
Authentic Leadership, performance, and job satisfaction: The mediating role of empowerment ..	Wong, Laschinger , Canada, 2013.	Pesquisa quantitativa não experimental, com uma séries de medidas como o ALQ	Utilizar a Teoria de Liderança Autêntica para testar o hipotético modelo de ligar a Liderança Autêntica de gestores, com a percepção de enfermeiros de cuidados intensivos, em relação ao empoderamento , desempenho e satisfação no trabalho.	O líder que é percebido como aberto, honesto e transparente com os próprios sentimentos, provocam aumento na satisfação no trabalho dos enfermeiros.
Authentic leadership and nurse-assessed adverse patient outcomes.	Wong, Giallonard .Canada, 2013.	Análise secundária de dados coletados em um estudo transversal de uma amostra aleatória de enfermeiros que trabalham em	Testar um modelo examinando as relações entre Liderança Autêntica, a confiança dos	Gestores percebidos como mais autênticos, que apresentam maior confiança e a autenticidade percebida na

		hospitais de cuidados agudos de Ontario. 280 Enfermeiros.	enfermeiros em seu gestor, áreas da vida profissional e avaliação dos resultados adversos dos pacientes.	figura gerente está associada de forma positiva às percepções dos enfermeiros e resulta em maior gratificação nas seis áreas de vida no trabalho e menor incidência de resultados adversos para os pacientes.
Simulations in nursing practice: toward authentic leadership.	Lishchinsky. Israel, 2014.	Estudo qualitativo, utilizou-se da base de dados baseada na Grounded Theory. 50 Enfermeiros.	Explorar tomada de decisão ética em enfermagem e identificar os benefícios dessa simulação para a Liderança Autêntica.	Conclui que a simulação em equipe pode levar à Liderança Autêntica entre os enfermeiros.
The influence of authentic leadership and areas of worklife on work engagement of registered nurses.	Bamford, Wong, Laschinger . Canada, 2013.	Análise secundária dos dados do estudo de Wong et al., (2008). 280 Enfermeiros que prestam assistência direta ao paciente.	Examinar as relações entre percepções dos enfermeiros sobre a Liderança Autêntica dos gerentes de enfermagem, correspondência geral da pessoa-emprego nas seis áreas de vida no trabalho, e engajamento no trabalho.	Quando enfermeiros trabalham para gerentes de enfermagem que demonstram níveis elevados de Liderança Autêntica, referem maior engajamento no trabalho.
Authentic Leadership, empowerment and burnout: a comparison in new graduates and experienced nurses.	Laschinger , Wong, Grau. Canada, 2013.	Análise secundária de dados de dois estudos. 342 enfermeiros recém-formados, 273 enfermeiros com mais de 2 anos de experiência.	Examinar o efeito da Liderança Autêntica e do fortalecimento estrutural sobre o esgotamento emocional e cinismo de enfermeiros	O comportamento autêntico do líder é importante para enfermeiros proporcionando condições estruturalmente fortalecedoras no ambiente de

			recém-formados e experientes de cuidados intensivos.	trabalho independente do nível de experiência.
Authentic Leadership of preceptors: predictor of new graduate nurses' work engagement and job satisfaction.	Giallonard oWong, lwasiw. Canada, 2010.	Desenho de pesquisa preditiva, não experimental, instrumentos de auto relato padronizados. 170 Enfermeiros	Examinar as relações entre a percepção de enfermeiros recém-graduados da Liderança Autêntica do preceptor, engajamento no trabalho e satisfação no trabalho.	O estudo sustenta a ligação entre a Liderança Autêntica, engajamento no trabalho e satisfação no trabalho.
Authentic leadership and nurses' voice behavior and perceptions of care quality.	Wong, Laschinger , Cummings . Canada, 2010.	Desenho de pesquisa preditiva, não experimental, 280 enfermeiros hospital cuidados agudos.	Testar o modelo teórico de ligação entre a Liderança Autêntica com enfermeiros da equipe, confiança em seu gerente, no trabalho, comportamento vocal e qualidade da atenção unitária percebida.	Os resultados sugerem que a Liderança Autêntica está ligada ao aumento de confiança no gerente, aumento do engajamento no trabalho e à qualidade do cuidado.
Authentic Leaders Creating Healthy work environments for nursing practice.	Shirey. India, 2006.	Revisão de Literatura. 16 estudos.	Expandir a definição de Liderança Autêntica, saber os mecanismos propostos pelos quais líderes autênticos criam um ambiente de trabalho saudável para a prática, fazer guia prático baseado no entendimento	A Liderança Autêntica, além de ser importante para criar e manter um ambiente de trabalho saudável, pode ser promissor para criar valor organizacional e profissional duradouro.

atual de
Liderança
Autêntica e
fornecer
instruções
explícitas sobre
como se tornar
um líder
autêntico, e por
fim, agenda de
pesquisa para
avancar no
estudo de
liderança na
prática de
enfermagem.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Em relação ao delineamento metodológico, 02 estudos apresentaram análise qualitativa dos dados, 15 estudos apresentaram abordagem quantitativa com desenho não experimental e 04 revisões de literatura ou integrativa. Portanto, na avaliação dos estudos, os 21 estudos apresentaram níveis V e VI, o que concebe evidência fraca.

2.4.3 Discussão

Dos 15 (100%) estudos com abordagem quantitativa não experimental, 13 (87%) utilizaram o *Authentic Leadership Questionnaire (ALQ)*. Trata-se de um instrumento que foi criado com o objetivo de medir a autenticidade do líder, incluindo as suas características éticas, morais, comportamentais e organizacionais, desenvolvido pelos autores Bruce J. Avolio, Willian L. Gardner e Fred O. Walumbwa, em 2007, nos EUA. O mesmo foi validado por Walumbwa et al. (2008), composto por 16 questões que se propõem a avaliar as quatro dimensões de Liderança Autêntica: Transparência Relacional, Perspectiva Moral, Processamento Equilibrado e Autoconsciência.

Com finalidade de discussão adequada dos artigos, criaram-se três categorias; Engajamento no trabalho e o comprometimento organizacional; Influência do líder autêntico e o benefício para os liderados; Liderança Autêntica e Enfermeiros recém-formados.

2.4.3.1 Engajamento no trabalho e o comprometimento organizacional.

Esta categoria traz apontamentos acerca da importância da Liderança Autêntica para o engajamento dos profissionais no trabalho.

Um estudo realizou teste da relação entre a Liderança Autêntica e trabalho de enfermagem. O relacionamento foi medido por identificação pessoal com o gerente, identificação social com a unidade de trabalho, confiança no gerente e engajamento no trabalho. O estudo apontou que a Liderança Autêntica de gerentes de enfermagem estava direta e indiretamente relacionada ao aumento da confiança no gerente, e a mesma estava relacionada ao maior engajamento no trabalho que foi direta e positivamente ligada à qualidade do cuidado (WONG; LASCHINGER; CUMMINGS, 2010). Corroborando o estudo de Giallonardo, Wong e Iwasiw (2010) que sustenta a ligação entre a Liderança Autêntica, engajamento no trabalho e satisfação no trabalho, de forma que quando enfermeiros recém-formados são guiados por preceptores que demonstram altos níveis de autenticidade, eles se sentem mais engajados no trabalho e mais satisfeitos.

A Liderança Autêntica desempenha papel positivo na criação de ambientes de trabalho da enfermagem que promovem a satisfação no trabalho do enfermeiro (LASCHINGER; FIDA, 2015).

Ainda, cita-se estudos sobre a Liderança Autêntica e resultados positivos que o líder autêntico traz para a organização.

Estudo de Carvalho et al. (2016) traz que a Liderança Autêntica pode atingir positivamente as atitudes e comportamentos dos servidores, adequada a promover expressões de engajamento no trabalho, comportamento de cidadania organizacional e performance que se trata de colaboradores que fazem além do esperado em uma organização (WALUMBWA et al., 2010). Portanto, tal comportamento se relaciona ao aumento de produtividade da organização, e conseqüentemente, satisfação do cliente, redução de custos e melhora das taxas de rotatividade e absenteísmo (CERVO et al., 2016).

Quando o enfermeiro apresenta relação de confiança com seus gestores, há um comprometimento afetivo por parte do enfermeiro, contentamento no trabalho e maior qualidade do cuidado (WALUMBWA et al., 2010).

Em relação à Gestão do Conhecimento, estudo de Choi e Hee (2016), conclui que a Liderança Autêntica contribui na construção de relações organizacionais baseadas na transparência, abertura e confiança.

Lanzoni e Meirelles (2011) vislumbram tendência à Liderança Autêntica e participativa, visto que para os autores as organizações que apresentam liderança sólida possuem maior vínculo e menor rotatividade de funcionários, menos conflitos, maior envolvimento das pessoas no processo de trabalho e melhor aproveitamento dos recursos na busca por resultados melhores em saúde.

A Liderança Autêntica apresentou influências significativas no comprometimento organizacional do enfermeiro e satisfação no trabalho por meio da autonomia. Com intuito de aumentar o comprometimento organizacional e a satisfação no trabalho dos enfermeiros, torna-se necessário construir estratégias eficazes para melhorar a Liderança Autêntica do gerente de enfermagem, além disso, desenvolver programas de capacitação educacional para enfermeiros (CHOI; HEE, 2016).

2.4.3.2 Influência do líder autêntico e os benefícios para o liderado

Estudo de Wong e Laschinger (2013) estabeleceu ligação entre a Liderança Autêntica e áreas de vida no trabalho com os resultados relacionados aos pacientes. Portanto, a autenticidade percebida na figura do gerente está associada de forma positiva às percepções dos enfermeiros, resultando em maior gratificação nas seis áreas de vida no trabalho: carga de trabalho; controle; recompensas, comunidade justa; valores. Ainda, os enfermeiros que percebem maior correspondência pessoa-trabalho, relatam incidência significativamente menor de resultados adversos para os pacientes, enquanto que os enfermeiros que apresentam visão mais negativa em relação ao ambiente do trabalho e menor correspondência pessoa-trabalho, vivenciam aumento de resultados adversos para os pacientes (WONG; GIALONARDO, 2013). Este estudo corrobora o de Cummings et al. (2010) ao relatarem que o líder que é percebido como aberto, honesto e transparente com os próprios sentimentos, geram maior satisfação no trabalho dos enfermeiros.

Quando novos enfermeiros evidenciam o senso de comunidade, que se trata de um capital social relacional, eles experimentam menos sintomas de saúde mental, também maior satisfação profissional (READ; LASCHINGER, 2015).

Os enfermeiros que visualizam em seu líder a autoconsciência, transparência, ética, e inclusão da equipe na tomada de decisão, perceberam em seu trabalho apoio, informações, recursos e oportunidades de aprendizado e crescimento e, conseqüentemente, maior apoio às práticas profissionais como a autonomia, controle, sobre a prática e colaboração entre médico e enfermeiro. Ainda, líderes autênticos influenciam a qualidade do atendimento ao paciente e a satisfação do trabalho do enfermeiro (LASCHINGER; FIDA, 2015).

Estudo demonstrou a associação positiva entre Liderança Autêntica e as dimensões de prosperidade estudadas (aprendizagem e vitalidade). A empatia dos gerentes de enfermagem permeia a relação entre Liderança Autêntica e vitalidade (MORTIER; VLERICK; CLAYS, 2016).

Malila, Lunkka, Suhonem (2017), com objetivo de mapear pesquisas relevantes sobre a Liderança Autêntica, identificaram estudos que salientavam os efeitos positivos que a Liderança Autêntica apresenta sobre as organizações de saúde. A revisão expôs os temas: bem-estar no trabalho, qualidade do atendimento ao paciente e ambiente de trabalho, sendo o bem-estar no trabalho um tema de pesquisa mais amplamente difundido. Salienta-se que se não há bem-estar, vários problemas podem ocorrer, como é o caso do burnout e aumento da rotatividade (Alilyyani, Wong e Cummings, 2018). Em contrapartida, se a equipe apresentar bem-estar no trabalho, pode-se ter como resultados o aumento da criatividade, otimismo e confiança. A Liderança Autêntica também pode influenciar positivamente a equipe em saúde (MALIK; DHAR; HANDA, 2016).

Em relação a estados psicológicos pessoais, foi destacado o capital psicológico que inclui otimismo, identificação pessoal, social e organizacional, e confiança que engloba confiança no gerente, na organização ou colega de trabalho, conceitos centrais na teoria de Liderança Autêntica (ALILYYANI; WONG; CUMMINGS, 2018).

Cunha et al. (2013) citam que o capital psicológico pode ser promovido por ações de gestão e liderança, e que a Liderança Autêntica se trata de um antecedente importante nesse quesito. Cabe desenvolver nos líderes a sua ação ética e competência de relacionamento transparente com os liderados. Portanto, as interações entre líderes e liderados no relacionamento dos líderes autênticos são importantes na construção da positividade.

Em relação à satisfação no trabalho, foi associada à Liderança Autêntica em oito dos nove estudos analisados por Alilyyani, Wong e Cummings (2018), além de

temas como satisfação na carreira, engajamento no trabalho, entre outros. Além disso, dois estudos apresentaram o bem-estar associado positivamente à Liderança Autêntica, como a vitalidade e bem-estar psicológico. O estudo apresentou pesquisas que mostraram diretas e indiretas agregações entre a Liderança Autêntica e resultados do pessoal, incluindo atitudes e comportamentos. Contudo, poucos foram os resultados que associaram diretamente a Liderança Autêntica aos pacientes, como a qualidade de cuidados e eventos adversos.

Contudo, essa revisão integrativa traz que a Liderança Autêntica apresenta efeitos positivos em relação ao trabalho do enfermeiro, principalmente ao engajamento no trabalho.

2.4.3.3 Liderança Autêntica e enfermeiros recém-formados.

Tanto para enfermeiros experientes, como para os recém-formados os contextos organizacionais e a liderança positiva são importantes para melhorar a colaboração interprofissional (REGAN; LASCHINGER; WONG, 2016).

Os comportamentos autênticos de liderança desempenham papel na criação de resultados positivos para os estudantes recém-formados, evidenciando níveis mais baixos de burnout (LASCHINGER; FIDA, 2015). O uso da Liderança Autêntica no comportamento dos gestores pode influenciar positivamente a autoeficácia ocupacional do enfermeiro recém-formado. Os enfermeiros recém-graduados que perceberam o líder autoconsciente, transparente, ético e inclusivo em relação a tomada de decisões, também notam questões positivas relacionadas a carga de trabalho, controle, recompensas, senso de comunidade, e a congruência de valores. Isto posto, há relacionamentos positivos entre líderes e seguidores; líderes autênticos promovem senso de comunidade, justiça, respeito que se relacionam aos valores de enfermeiros recém-graduados (LASCHINGER et al., 2015).

Outro estudo que vinculou a Liderança Autêntica na população de enfermeiros recém-graduados com o seu líder, com a organização, auto eficácia de enfrentamento ocupacional e intenções de rotatividade de trabalho, obteve como resultado que líderes autênticos desempenham papel fundamental aprimorando a retenção de novos enfermeiros (FALLATAH; LASCHINGER; READ, 2017).

Destarte, o comportamento autêntico do líder é importante para enfermeiros proporcionando condições estruturalmente fortalecedoras no ambiente de trabalho, independentemente do nível de experiência (LASCHINGER; WONG; GRAU, 2013).

2.4.4 Conclusão

Nesse estudo, constatou que há poucos artigos nacionais vinculados aos aspectos positivos da Liderança Autêntica relacionada ao enfermeiro, sendo que ainda há uma preponderância do contexto hospitalar. Nota-se também uma incipiência de estudos na relação entre a Liderança Autêntica e os benefícios para o cuidado ao paciente.

REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 Liderança Autêntica.

A Liderança Autêntica é focada nos princípios, valores e na confiança, de modo que a autenticidade trata-se de um constructo que compõe a base dos modelos positivos de liderança (AVOLIO; GARDNER, 2005). Líderes autênticos são genuínos de confiança, fiéis, reais e verdadeiros (LUTHANS & AVOLIO, 2003). Esta teoria de liderança objetiva difundir a autenticidade pela organização, instituindo coparticipantes autênticos e desenvolvendo o seu capital psicológico.

Luthans e Avolio (2003), fundamentando-se no Comportamento Organizacional Positivo (*Positive Organizational Behaviour* - POB) e nas teorias de Liderança Transformacional/*Full Range Leadership* (BASS, 1985) e Liderança Ética (SCHULMAN, 2002), definiram o conceito de Liderança Autêntica e progrediram com um modelo preliminar relativo ao seu processo de desenvolvimento.

Luthans e Avolio, no ano de 2003, publicaram um capítulo de livro e artigos científicos sobre Liderança Autêntica. Em 2004 foi realizado, na Universidade de Nebraska-Lincoln, um evento, cujos principais trabalhos foram selecionados para uma edição especial do periódico *Leadership Quarterly*, lançado em 2005 (AVOLIO; GARDNER, 2005). A partir desta edição especial, houve o embasamento para pesquisas realizadas a posteriori. Avolio e Gardner (2005); Gardner et al. (2005); Ilies, Morgeson e Nahrgang (2005); e Mitchie e Gooty (2005) são autores que abrangeram este tema de forma marcante.

A Liderança Autêntica implica na existência das capacidades psicológicas positivas, que precisam ser analisadas na vida do líder, como a esperança, o otimismo, a confiança e a resiliência, características que possibilitam aos líderes responder de forma transparente. (LUTHANS; AVOLIO, 2003; GARDNER; SCHERMERHORN, 2004). Essa liderança necessita de um contexto organizacional positivo, baseado na transparência, *empowerment* e desenvolvimento individual (LUTHANS; AVOLIO, 2003). Ainda, é importante a autoconsciência; o líder precisa conhecer e refletir sobre suas próprias emoções, valores, crenças, assim como suas forças e fraquezas (AVOLIO; LUTHANS; WALUMBWA, 2005; GARDNER et al., 2005; ILIES et al., 2005; LUTHANS; AVOLIO, 2003; AVOLIO; GARDNER, 2005; MAY et al., 2003; GARDNER; SCHERMERHORN, 2004).

Os líderes também necessitam de capacidade de autorregulação, ou seja, precisam estabelecer padrões internos, avaliação de possíveis discrepâncias entre esses padrões e os resultados potenciais ou reais, para assim, exercer controle internamente (LUTHANS; AVOLIO, 2003; GARDNER; SCHERMERHORN, 2004). Dessa forma, o líder, além de promover o próprio desenvolvimento, é capaz de ser modelo de crescimento dos colaboradores (GARDNER et al., 2005; GARDNER; SCHERMERHORN, 2004; LUTHANS; AVOLIO, 2003; WALUMBWA et al., 2008).

As trocas sociais positiva e o apoio à auto-determinação, bem como o contágio emocional, a identificação e a modelação positiva são processos essenciais à Liderança Autêntica, capazes de desenvolver os colaboradores e promover as suas capacidades psicológicas positivas (AVOLIO et al., 2004; ILIES et al., 2005; REGO et al., 2012).

Avolio e Gardner (2005) reconhecem a Liderança Autêntica como um conceito multidimensional, que apresenta a autenticidade do líder e os relacionamentos autênticos como essenciais, caracterizados por abertura e confiança, transparência e orientação. Gardner et al. (2005), propuseram um modelo de Liderança Autêntica (Figura 3) que evidencia a autoconsciência e a autorregulação dos líderes e liderados. Os autores creem que a história pessoal do líder, influências familiares, experiências educativas e profissionais, assim como os desafios enfrentados ao longo da vida, podem intensificar o desenvolvimento da Liderança Autêntica. Destarte, para estes autores, o autoconhecimento é capaz de ser um fator importante no desenvolvimento da Liderança Autêntica. Os líderes, ao refletirem sobre quem são e o que valorizam, constroem sentido sobre si mesmo, que sustentará as decisões e ações.

Figura 3 - Modelo de Liderança Autêntica e de Desenvolvimento dos Seguidores.

Fonte: Adaptado de Gardner et al. (2005a).

O desenvolvimento de seguidores autênticos é moldado pelo líder autêntico, produzindo níveis superiores de autoconsciência e autorregulação dos seguidores (GARDNER et al., 2005a).

Em revisão integrativa das publicações sobre o tema Liderança Autêntica, Esper e Cunha (2015) trouxeram que a concretização da Teoria de Liderança Autêntica ocorreu em 2008, derivada da Universidade de Nebraska-Lincoln como direção para as discussões sobre o objeto, inclusive para a área da educação e para a enfermagem. Trabalhos de Chuang e Bird (2011) pautaram-se diretamente nessa visão de Liderança Autêntica oriunda da área da gestão. Ainda, os autores citaram que o artigo de Rahman, Abiodullah e Quraishi (2010) estudou o perfil de Liderança Autêntica na área da educação para a promoção de escolas mais democráticas no Paquistão. Na área da enfermagem, houve impacto também por meio do artigo de Walumbwa et al. (2008), com pesquisas desenvolvidas na Universidade de Western

Ontario, no Canadá, conforme citado em Wong e Cummings (2009), Wong, Laschinger e Cummings (2010), Giallonardo, Wong e Iwasiw (2010), Wong e Giallonardo (2013) (ESPER; CUNHA, 2015).

Diante do contexto apresentado em relação à Teoria da Liderança Autêntica, torna-se importante a descrição do constructo “Autenticidade” do líder, que é o conceito chave desta teoria e tem como finalidade esclarecer o comportamento autêntico do líder na perspectiva do líder e do liderado.

Walumbwa et al. (2008) apontaram no estudo que a percepção de Liderança Autêntica dos supervisores estava relacionada positivamente à satisfação no trabalho dos seguidores.

3.2. Autenticidade do Líder

Chan, Hannah e Gardner (2005) trazem que a autenticidade do líder é caracterizada pela autenticidade do próprio indivíduo, e trata-se da sua capacidade de apresentar um comportamento autêntico. Para o autor, a autenticidade é um multiplicador da liderança, sendo que um líder autêntico pode alcançar mais do que qualquer líder. Dessa forma, a partir do pressuposto que o líder é autêntico como pessoa, maior será sua liderança em relação aos liderados, e tanto maior será a eficácia de liderança.

Os autores Avolio, Gardner, Walumbwa, Luthans e May (2004) apresentam que a essência da autenticidade é conhecer, aceitar e permanecer fiel a si mesmo. Assim, o líder autêntico deve perceber que a autenticidade não é um comportamento que deve ser construído, mas que existe em um *continuum*, de forma que será autêntico quanto mais permanecer correto em relação aos seus valores.

Schwartz et al., (2001, p. 521), definem que “os valores são definidos como algo desejável, como um objetivo transituacional, cuja importância varia, e que funciona como um princípio orientador na vida das pessoas”.

Os valores humanos individuais poderão ser considerados como um prenunciado do comportamento humano (CAMPOS; PORTO, 2010), pois em 1972, Rokeach defende a existência de uma hierarquia entre os valores, composta por duas dimensões: os valores terminais que incluem as necessidades da existência humana e os valores instrumentais que dizem respeito aos meios que permitirão alcançar os fins da existência humana (CAMPOS; PORTO, 2010). Referem, ainda, que o

comportamento é orientado pelos valores, que se apresentam separadamente em subsistemas.

Enfocar na teoria dos valores é aceitar a existência de uma hierarquia que é apontada pelas prioridades motivacionais de cada pessoa, sofrendo influência do passado e evidenciando-se nas suas atitudes e comportamentos (LOUREIRO, 2010).

A autenticidade relaciona-se ao valor, em ser verdadeiro consigo mesmo (AVOLIO; GARDNER, 2005). Dessa forma, quanto maior a fidelidade em relação à própria emoção e necessidades, tão mais autêntico será o indivíduo. Portanto, relaciona-se ao autoconhecimento e consistência entre seus pensamentos e sentimentos (HARTER, 2002).

Destarte, quando se relaciona a autenticidade à liderança, esse constructo passa a ser um referencial de um processo de influência pessoal entre líder e liderados. Assim, a Liderança Autêntica invade a construção de relacionamentos autênticos, trajados pela integridade e confiança (GARDNER et al., 2005a).

Sparrowe (2005, p.421), enfatiza a autenticidade e pondera que “o verdadeiro “eu” não se descobre na ausência dos outros, mas sim na relação com os outros”.

Segundo Duignan (2003, p.23), os líderes autênticos têm uma “profunda compreensão dos seus valores pessoais”, o que remete ao autoconhecimento das fortalezas e fraquezas, da aceitação, ainda na necessidade interiorizada de ensinar os outros a alcançar sucesso.

Importante ressaltar que o conceito de autenticidade é composto por quatro componentes inter-relacionados: conscientização (ciência dos desejos, pensamentos e sentimentos particulares), processamento imparcial de informações (ausência de distorções interpretativas), comportamento autêntico (ações congruentes com valores e preferências internas) e orientação relacional (procura pela abertura e honestidade na construção de relações) (KERNIS; GOLDMAN, 2006).

3.3 Authentic Leadership Questionnaire (ALQ): descrição do instrumento

Com o objetivo de medir a autenticidade do líder, incluindo as suas características éticas, morais, comportamentais e organizacionais, foi desenvolvido o *Authentic Leadership Questionnaire (ALQ)* pelos autores Bruce J. Avolio, Willian L. Gardner e Fred O. Walumbwa, em 2007, nos EUA. O mesmo foi validado por

Walumbwa et al. (2008), composto por 16 questões para o questionário SELF e 16 questões para o questionário RATER (ANEXO A e B) que se propõem a avaliar as quatro dimensões de Liderança Autêntica: autoconsciência, transparência, moral e ética, e processamento balanceado.

Para o desenvolvimento do instrumento, os autores procuraram aproveitar trabalhos teóricos, dissertações, livros publicados, entrevistas e discussões com grupos de especialistas sobre a teoria autêntica e o seu desenvolvimento. Além disso, formaram grupos focais com docentes e alunos de cursos de doutorado em administração de universidades, objetivando identificar os domínios de interesses e determinar os itens para a construção do ALQ em ambas as versões: *SELF* (Avaliando meu jeito de liderar) e *RATER* (Avaliando o seu líder), segundo descrito em artigo publicado por Walumbwa e seus colaboradores em 2008 (WALUMBWA et al., 2008).

Inicialmente, foram criadas cinco dimensões/domínios: autoconsciência, transparência relacional, processamento equilibrado de informações, regulação interna e perspectiva moral positiva. Como os domínios de regulação interna e perspectiva moral apresentavam características análogas, foram agregados, sendo o domínio intitulado “perspectiva moral internalizada” (WALUMBWA et al., 2008).

Portanto, o Questionário de Liderança Autêntica utilizado no presente estudo, integra quatro componentes principais: a Transparência Relacional, Perspectiva Moral, Processamento Equilibrado e Autoconsciência (WALUMBWA et al., 2008). O questionário apresenta 16 itens em cada uma das versões (SELF e RATER), sendo 04 itens correspondentes à dimensão/domínio Autoconsciência; 05 itens compondo a dimensão Transparência nos Relacionamentos; 04 itens para a Perspectiva Moral e Ética; e 03 itens correspondentes ao Processamento Equilibrado de Informações.

A Transparência Relacional faz referência a apresentação do SELF autêntico, e não distorcido, afim de que as pessoas vejam o verdadeiro ‘eu’, seja bom ou mau (GARDNER et al., 2005b). Denota-se que a liderança deve ser construída a partir de relacionamentos (Gardner et al., 2005b). A Liderança Autêntica compreende as relações autênticas, assinaladas por orientação, transparência, abertura e confiança (ILIES; MORGESON; NAHRGANG, 2005). Dessa forma, para serem autênticos, os líderes precisam da transparência em relação às suas emoções e sentimentos e em relação aos seguidores, o que leva o autoconhecimento e a autoaceitação, além de regular tais emoções para minimizar as manifestações de emoções potencialmente prejudiciais (AVOLIO; LUTHANS; WALUMBWA, 2004). Este domínio é composto por cinco itens (1

a 5) que demonstram o grau de abertura do líder para com os subordinados (AVOLIO, 2005).

A Perspectiva Moral trata-se de uma autorregulação interna, norteada por princípios morais internos ao sujeito, valores e pressões externas, que são identificadas nos processos de tomada de decisão e comportamentos do líder (AVOLIO; GARDNER, 2005; MAY et al., 2003). Este domínio é composto por quatro itens (itens 6 a 9).

O Processamento Equilibrado é o reconhecimento de que todos os seres humanos são parciais. Os líderes com processamento equilibrado despontam uma análise objetiva de todos os dados relevantes antes da tomada de decisão (GARDNER et al., 2005). Trata-se do terceiro domínio, sendo composto por três itens (itens 10 a 12).

Já a Autoconsciência trata-se de um processo que reflete os valores, identidade, emoções, objetivos, conhecimentos, talentos e capacidades únicos do indivíduo (GARDNER et al., 2005). Esta dimensão proposta por Avolio (2005) apresenta como base a ciência de que a autenticidade exige o autoconhecimento, inclusive de pontos fortes e fracos, compreensão das deficiências e fortalezas e do impacto que exerce sobre outras pessoas. (SHAMIR; EILAM, 2005; SPARROWE, 2005). Este domínio apresenta quatro itens (itens 13 a 16) que almejam demonstrar um entendimento de como se atribui sentido à realidade. Deste modo, reflete o quanto o líder é consciente de seus pontos fortes, suas limitações e deficiências (AVOLIO, 2005).

No instrumento *ALQ*, para ambas as versões, cada item é avaliado por uma escala ordinal utilizando uma escala de Likert de 5 pontos: (0) Raramente/nunca; (1) De vez em quando; (2) Às vezes; (3) Frequentemente e (4) Muitas vezes, quase sempre. Exemplos dos itens que compõem o questionário são: “Falo exatamente o que penso”, “Incentivo todos a falarem o que pensam”, “Fala com toda franqueza”. O escore do instrumento varia de 0 a 64. Os resultados serão interpretados considerando que os valores mais altos correspondem a maior a autenticidade percebida do líder (WALUMBWA et al., 2008).

Após o desenvolvimento do *ALQ* como instrumento de mensuração da Liderança Autêntica, as pesquisas estão focadas na busca pela fundamentação teórica apropriada à proposta da Liderança Autêntica, para a validação empírica do constructo. Novos pesquisadores se engajaram nesta proposta, como Caza et al. (2010), na Nova

Zelândia; e Zheng et al. (2011), na China; pesquisadores precursores do debate também se engajaram, como Gardner, Fischer e Hunt (2010); Walumbwa et al. (2010) e Hannah, Walumbwa e Fry (2011) (ESPER; CUNHA, 2015).

Este instrumento passou pelo processo de adaptação cultural para a língua portuguesa do Brasil, possuindo a devida autorização dos autores da versão original para validação e uso do instrumento no país (Anexo C).

Ambas as versões (*SELF* e *RATER*) do instrumento original do ALQ, relacionam-se a um questionário fechado e sistematizado, sendo que o mesmo pode ser utilizado por meio de entrevista ou de autopreenchimento. Portanto, o estudo apresenta as duas versões do *Questionário de Liderança Autêntica – ALQ, versão “Avaliando o seu líder”* e a versão *“Avaliando meu jeito de liderar”*.

3.4 Análise das propriedades psicométricas do Questionário de Liderança Autêntica (ALQ) após sua adaptação cultural para o Brasil

Passa-se a uma breve explicação sobre o termo “traço psicológico”, que compreende uma ampla variedade de possíveis características. Há traços psicológicos que correspondem à inteligência, capacidades intelectuais específicas, estilo cognitivo, ajustamento, interesses, atitudes, orientação e preferências sexuais, psicopatologia, personalidade em geral e traços de personalidade específicos (COHEN; SWERDLIK; STURMAN, 2014). Ainda, um traço psicológico trata-se apenas de um constructo utilizado para descrever ou explicar um comportamento. Os constructos não podem ser vistos, ouvidos ou tocados, mas pode-se deduzir sua existência a partir de um *comportamento manifesto*, que se refere a uma ação observável ou ao produto de uma ação observável, compreendendo respostas relacionadas a um teste ou a uma avaliação (COHEN; SWERDLIK; STURMAN, 2014).

Existem critérios técnicos que os profissionais da avaliação utilizam a fim de avaliar a qualidade dos testes e de outros procedimentos de mensuração. É utilizado o termo **solidez psicométrica** dos testes, dois aspectos principais: *fidedignidade* e a *validade* (COHEN; SWERDLIK; STURMAN, 2014).

Segundo Erthal (2001), a psicometria se trata de um grupo de técnicas que viabiliza a quantificação de fenômenos psíquicos. Medir incide na atribuição de magnitudes por meio de valores numéricos a um objeto ou classe de objetos. Assim

sendo, a medida proporciona características de quantificação, unidades relativamente constantes e um ponto de referência como marco inicial da medida.

A psicometria é a abordagem científica que tende à mensuração e avaliação psicológica dos constructos subjetivos por meio de escalas, testes e questionários padronizados, chamados “medidas psicométricas”, que representam uma situação experimental que avalia um determinado constructo (PAQUALI, 2009).

Para Segabinazi et al. (2012), anterior à abordagem dos instrumentos de medida, faz-se necessário a definição do constructo que está sendo investigado, porquanto a conceituação do fenômeno é etapa essencial no processo de avaliação.

A medida psicométrica necessita da validação para tornar-se confiável. Dessa forma, validar um instrumento estabelece estudar as duas características principais anteriormente citadas (PASQUALI, 2009).

O Instrumento de mensuração é considerado bom quando são *fidedignos*. O critério de fidedignidade envolve a consistência do instrumento de mensuração. Ou seja, deseja-se a certeza que o instrumento de mensuração utilizado é consistente, que assim “produza a mesma medida numérica todas as vezes que meça a mesma coisa sob as mesmas condições” (COHEN; SWERDLIK; STURMAN, 2014, p.124). Da mesma forma, além de fidedignos os testes, na linguagem da psicometria, devem ser válidos. “Um teste é considerado válido para um propósito em particular se de fato medir o que se propõe medir” (COHEN; SWERDLIK; STURMAN, 2014, p.124). Ainda, as questões relativas à validade do teste podem se concentrar nos itens que compõem o mesmo.

Concordam Primi, Muniz e Nunes (2009) que um bom instrumento de medidas deve oferecer indícios de validade e fidedignidade. A validade está relacionada à característica de ser equivalente com a propriedade dos objetos que está sendo medida, dessa forma, um instrumento é válido se medir o que presumidamente deve medir. Já a Fidedignidade, precisão ou confiabilidade diz respeito à exatidão, de maneira que um mesmo teste, avaliando os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou testes equivalentes, medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzam resultados idênticos.

O teste psicométrico é capaz de julgar um instrumento de medida, aferindo o grau no qual o instrumento mede o constructo pretendido por meio de uma avaliação de um modelo teórico hipotético, assim, a relação teórica existente entre duas medidas (FAYERS; MACHIN, 2007).

3.4.1 Validade

Conforme citado anteriormente, a validade incide em reconhecer se o instrumento realmente mede aquilo a que se propõe (ERTHAL, 2001). Dessa forma, as diferenciações da validade de testes e de escores de testes são comumente formuladas em termos com “aceitável” ou “fraca”. Termos estes que conjecturam um julgamento sobre o quanto um teste mede de forma adequada o que se propõe medir. Os avaliadores usam o termo “teste válido” para se referir a um teste em particular. Conquanto, esse teste pode ser válido para um determinado uso com uma determinada população de testandos em um determinado momento. Destaca-se que “nenhum teste ou técnica de mensuração é “universalmente válido” (COHEN, SWERDLIK.; STURMAN, 2014, p.181).

É possível a utilização de correlações, mudanças fora do tempo e diferenças entre grupos, para avaliar a validade de constructo, bem como utilizar dois principais métodos: validade convergente e validade divergente, denominada também de validade discriminante (FAYERS; MACHIN, 2007).

3.4.1.2 Validade de critério convergente (ou confirmatória):

Trata-se de testar a hipótese de que o instrumento mede aquilo a que se propõe medir, por meio da correlação do seu escore com o escore de outro instrumento de medida do mesmo constructo, ou por meio de variáveis diretamente relacionadas a ele (FAYER; MACHIN, 2007; URBINA, 2007). Portanto, deve apresentar correlação com a dimensão a qual pertence.

3.4.1.3 Validade de constructo divergente:

Refere-se à discordância entre dois instrumentos que medem diferentes constructos (SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK, 1987). A validade divergente é satisfeita quando a correlação entre um item e a dimensão a qual ele hipoteticamente pertence é maior do que sua correlação com as outras dimensões.

Portanto, quando há correlação moderada entre o item e a dimensão a qual ele pertence, existe validade convergente. Quando não há correlação entre o item e a outra dimensão a validade é considerada divergente. Concretiza-se a validade de constructo ou de conceito por meio de *testes de correlação entre escalas* que avaliam constructos relacionados; comparação entre grupos distintos e análise fatorial (FAYER; MACHIN, 2007).

3.4.2 Análise Fatorial

A análise fatorial visa avaliar a dimensionalidade e os componentes de um instrumento, e tem como objetivo fundamental reduzir o quantitativo de dimensões necessárias para se descrever dados originados de um grande número de escalas, podendo ser de forma confirmatória ou exploratória (FAYER; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2009).

Compreende uma série de técnicas estatísticas que trabalham com análises multivariadas e matrizes. A análise fatorial pode estar relacionada tanto com a validade quanto a fidedignidade destes instrumentos (PASQUALI, 2013).

Há dois métodos reconhecidos para extrair as dimensões de dados empíricos: Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Fatorial Confirmatória (AFC).

3.4.2.1 Análise Fatorial Exploratória (AFE):

É realizada na escala original e permite ao pesquisador verificar a relação entre medidas, com o intuito de identificar os constructos implícitos que interpretam a variabilidade observada (PASQUALI, 2009; URBINA, 2007).

3.4.2.2 Análise Fatorial Confirmatória (AFC):

Busca testar hipóteses e comprovar a teoria a respeito de determinados elementos presumidamente existentes (PASQUALI, 2009; URBINA, 2007). Não pode ser realizada sem uma teoria de mensuração; já a análise fatorial exploratória não necessita de uma teoria, nem mesmo de habilidade para a definição dos constructos antecipadamente (MONTEIRO, 2014).

Dessa forma, quando um modelo da análise fatorial confirmatória se ajusta e demonstra validade de constructo, sustenta-se a teoria de mensuração (HAIR et al., 2009). Portanto, a Análise Fatorial Confirmatória deve confirmar ou rejeitar a teoria precedente e, em relação à adaptação cultural e validação do instrumento refere-se à confirmação da dimensionalidade da versão adaptada (MONTEIRO, 2014).

3.4.3 Fidedignidade

A análise de precisão de um instrumento pode indicar se os resultados são confiáveis e se os mesmos condizem com o que está se propondo a medir (PASQUALI, 2009). Ressalta-se que a fidedignidade é representada, comumente, por suas propriedades psicométricas e espera-se que sejam encontrados dados sobre a construção, adaptação, validação e consistência interna (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2006).

Um coeficiente que se refere a uma medida de precisão ou fidedignidade do instrumento é o coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach, sendo o mesmo utilizado para calcular a consistência interna dos itens. O coeficiente de alfa de Cronbach foi apresentado por Lee J. Cronbach, em 1951. O mesmo mede a correlação média presente entre as questões formuladas num questionário com as respostas dos pesquisados. Desta forma, é um dos instrumentos estatísticos mais utilizados para medir a confiabilidade de um instrumento.

O alfa de Cronbach é representado pela letra grega “ α ” e é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens do questionário (MEURER et al., 2012). Ou seja, o alfa de Cronbach é a média das correlações entre os itens que compõem um instrumento (STREINER, 2003).

O valor de alfa sofre alterações segundo a população na qual se aplica a escala, assim, trata-se de uma propriedade intrínseca ao padrão de resposta da população estudada (STREINER, 2003). O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70; inferior a esse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa. O valor máximo esperado é 0,90; acima deste valor, considera-se que há redundância ou duplicação, significa que vários itens estão medindo o mesmo elemento de um constructo; ou seja, há itens que estão redundantes e precisam ser eliminados (STREINER, 2003).

Deste modo, cita-se que os altos valores alcançados nos alfas de Cronbach, sugerem que as escalas propostas são internamente consistentes e que são ferramentas fidedignas para a avaliação do dado e poderão ser indicadas para uso a *posteriori* (SAMPIERI et al., 2006).

OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral:

Testar evidências da validade do Questionário de Liderança Autêntica (*ALQ*) após sua adaptação cultural para o português do Brasil.

4.2 Objetivo Específico:

Avaliar a validade de constructo das versões adaptadas do (*SELF* e *RATER*) do Questionário de Liderança Autêntica (*ALQ*), por meio da análise fatorial confirmatória.

MÉTODO

5 MÉTODO

5.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo de validação do instrumento, que analisou a validade das versões *SELF* e *RATER* do instrumento *ALQ*, após sua adaptação cultural para uso no Brasil.

O estudo psicométrico pode ser encontrado nos trabalhos do estatístico Spearman (1904a, 1904b, 1907, 1913); no que se alude à psicologia, adotou procedimentos fisicalistas de Galton (1883), além de revelada no campo das aptidões humanas: mentais, físicas e psicofísicas. Porquanto, além de se configurar uma temática psicológica da época, se apropriava a um estudo quantitativo, uma vez que é possível contabilizar o comportamento em termos de acertos e erros (PASQUALI, 2013).

5.2 Permissão dos autores para a validação e uso do questionário

A solicitação para realizar a validação do *Authentic Leadership Questionnaire* foi feita pela orientadora, à empresa *Mind Garden, Inc.*, responsável por licenciar o instrumento, representando o Dr. Bruce J. Avolio, um dos seus principais autores (APÊNDICE A).

A autorização foi concedida para estudo desenvolvido anteriormente relativo à adaptação cultural do *ALQ* em suas duas versões, bem como para o presente estudo, estando registrada no contrato firmado entre a orientadora, a pesquisadora e a empresa *Mind Garden, Inc.* (ANEXO C). Dessa forma, o uso das versões *ALQ SELF* e *ALQ RATER*, não pode ser autorizado pelas pesquisadoras brasileiras, sendo que a permissão deve ser solicitada à empresa *Mind Garden, Inc.* Acresce-se que foi concedida publicação de apenas três itens para cada versão do *ALQ*.

5.3 Local de Estudo

No intuito de validar o Questionário de Liderança Autêntica (*ALQ*), após sua adaptação cultural para o português do Brasil, foi pedido autorização para realização

do estudo em dois Hospitais que prestam assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde na Capital de Mato Grosso do Sul. As autorizações foram concedidas (ANEXO D e E).

O primeiro hospital do estudo trata-se de Hospital Universitário, referência estadual em doenças infecto-contagiosas e procedimentos de alta complexidade no tratamento de pacientes com HIV, TRS, diagnose, cirurgia cardiovascular, hemodiálise e neurologia, além de gestação de alto risco, urologia, tratamento com tomografia e litotripsia ligados ao Sistema Único de Saúde. O hospital desenvolve atividades de pesquisas e extensão, possui 271 leitos e realiza, em média 100 mil atendimentos por ano, 300 mil exames laboratoriais e cinco mil cirurgias (HUMAP, 2016).

O segundo hospital estudado foi um Hospital público, que possui mais de 2.500 funcionários, sendo também a quarta maior Santa Casa do Brasil. Trata-se de uma Instituição filantrópica que em sua trajetória de quase um século de fundação presta serviços de saúde a cidadãos sul-mato-grossenses e pessoas procedentes de países de fronteiras como Paraguai e Bolívia. Em média, 88% da capacidade operativa da Santa Casa de Campo Grande é dedicada aos usuários do SUS (paciente-dia). O Hospital é referência estadual nas áreas de neurocirurgia, urgência e emergência, transplantes (renais, córneas e válvulas cardíacas), cirurgias cardíacas, ortopedia, gestação de alto risco, UTI (Especial e Neonatal), tratamentos a queimados e oncologia. O Hospital tem o maior e mais completo Pronto Socorro (adulto e infantil) do Estado de Mato Grosso do Sul, respondendo por 80% dos atendimentos de urgência e emergência na Capital (SANTA CASA, 2016).

Em relação aos hospitais, campo de estudo, o Hospital Universitário, trata-se de um Hospital administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e segundo dados do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) há 239 Enfermeiros em situação ativa concursados pela EBSERH. Já o Hospital Santa Casa apresenta 248 Enfermeiros em situação ativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

5.4 População do estudo

A população deste estudo foi composta por 300 enfermeiros atuantes nos hospitais selecionados para o estudo. A Psicometria tradicional sugere “10

respondents per item” (dez respondentes por item do questionário), para o tamanho da amostra (SAPNAS; ZELLER, 2002), Hair et al. (2005) trata que, como regra geral, deve ter no mínimo cinco vezes mais observações do que o número de variáveis a serem analisadas, e a proporção mais aceitável de 10 observações por item da escala. A pesquisa foi aplicada a todos os profissionais enfermeiros que se enquadraram nos critérios de elegibilidade. Critérios de inclusão: O participante deveria ser graduado em enfermagem e atuar como Enfermeiro, aceitar participar da pesquisa e estar no local de trabalho no período da coleta de dados. Foram excluídos aqueles que se encontravam de licenças ou afastamentos de qualquer tipo. Foram abordados pessoalmente 300 enfermeiros.

O participante da pesquisa foi identificado por meio da relação de enfermeiros fornecida pelo Departamento de Recursos Humanos de cada hospital. As informações referentes aos participantes foram inseridas em planilha Excel, com os seguintes dados: nome, escolaridade, data de admissão, tempo de serviço, tempo de trabalho na instituição, local e cargo de atuação e horário de trabalho.

A pesquisadora realizou contatos individuais, com abordagem no local de trabalho. Os enfermeiros responderam às duas versões do Questionário de liderança autêntica – ALQ.

É relevante citar sobre a contribuição da população-alvo na resposta ao Questionário de Liderança Autêntica. Primeiramente foi aplicado com a pesquisadora presente, sendo o tempo para o preenchimento de 10 minutos, em média. Contudo, ocorreram diversas interrupções no processo de leitura e resposta do mesmo. Ao notar as particularidades do processo de trabalho do enfermeiro, concluiu-se que a melhor forma de aplicar o questionário, seria entregá-lo aos profissionais e recolhê-lo posteriormente. Assim, os respondentes escolhiam o melhor momento para a realização do mesmo, e alguns até preferiram levar para casa para leitura mais atenta dos itens. Portanto, todos os Questionários de Liderança Autêntica foram recolhidos posteriormente. Essa foi uma constatação feita durante a realização da pesquisa.

5.5 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados teve início em dezembro de 2017. Primeiramente foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Posteriormente, foram coletados dados sociodemográficos dos participantes da

pesquisa por meio de um Roteiro Estruturado de Questões (APÊNDICE C), incluindo data de nascimento e data da entrevista (para o cálculo da idade dos participantes, em anos); gênero; nível de escolaridade, tempo de formação; tempo de atuação na instituição em anos; setor de atuação no hospital; função/cargo exercida na instituição. Foram, então, aplicados os questionários nas versões “Avaliando o seu líder” e “Avaliando meu jeito de liderar” para os enfermeiros assistenciais.

5.6 Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do Questionário de Liderança Autêntica (ALQ).

O objetivo desse estudo foi validar o instrumento *Authentic Leadership Questionnaire* (ALQ) nas versões *RATER* E *SELF*, ou seja, um mesmo indivíduo respondeu o questionário duas vezes: 1) tendo em vista o perfil de liderança do seu líder (*RATER*); e 2) tendo em vista seu perfil de liderança (*SELF*). Nesse caso, trata-se da validação de duas escalas independentes.¹

Responderam aos questionários 200 enfermeiros atuantes nos dois hospitais, cenários da pesquisa, conforme os critérios de elegibilidade apresentados. Entretanto, constatou-se que havia 19 questionários com informações incompletas, principalmente nas questões das escalas *SELF* e *RATER*. Dessa forma, desconsiderando os *missings* nas variáveis de perfil sociodemográfico, filtrou-se as observações completas das versões do ALQ e foram considerados 181 questionários para a análise dos dados. Primeiramente, analisou-se o perfil da amostra por meio de **análise descritiva** e, posteriormente, procedeu-se à validação das duas escalas a partir da **Análise Fatorial Confirmatória (AFC)** com uma abordagem mais exploratória, conforme colocam Credé e Harms (2015). Essa mesma abordagem foi

¹ **Nota:** As respostas aos itens do questionário (*SELF_X* ou *RATER_X*, cujo X é um número inteiro que vai de 1 a 16) são do tipo Likert entre 0 e 4 (0 = raramente/nunca, ..., 4 = muitas vezes/quase sempre). A codificação segue uma lógica: 1) *SELF/RATER* refere-se a escala principal; 2) *TR/PM/PE/AC* refere-se ao constructo esperado na ALQ (*TR* = transparência relacional; *PM* = perspectiva moral e ética; *PE* = processamento equilibrado; e *AC* = autoconsciência); e 3) a numeração entre 1 e 16 refere-se ao número/ordem do item disposto no questionário. Essa mesma lógica prevalece na construção de outras variáveis, tais como os fatores originados na AFC, correlações e erros. No caso dos erros dos modelos, estes foram identificados com o prefixo e nas ilustrações.

utilizada por Avolio, Wernsing e Gardner (2018), autores propositores da ALQ, ao reavaliarem a escala original depois de 10 anos.

Em essência, a estratégia reside em estimar, enquanto ponto de partida, os cinco modelos alternativos apresentados por Credé e Harms (2015). Nesse caso, foram dez modelos: cinco para SELF e cinco para RATER. Partiu-se da hipótese que todo rigor metodológico foi adotado na adaptação transcultural e para o contexto da população-alvo, e assim, preliminarmente, os modelos foram estimados sem nenhum ajuste/modificação. Posteriormente, estimou-se os mesmos dez modelos, no entanto, procedendo algumas modificações que não carece de aporte teórico, tal como: 1) Exclusão de itens com baixo peso fatorial ($< 0,50$); 2) contemplação de correlações entre os erros de itens carregados num mesmo fator; e 3) fixação de alguns parâmetros (variância, pesos fatoriais, correlações) para não cair no problema de falta de identificação ou casos *Heywood*. Casos *Heywood* ocorrem quando uma solução fatorial produz uma estimativa de variância de erro inferior a zero (negativa). Acontecem frequentemente na análise fatorial. Tais casos ocorrem frequentemente quando são extraídos fatores demais ou quando o tamanho amostral é pequeno demais (HAIR et al., 2009).

Dessa forma, ao todo, serão apresentados os resultados de vinte modelos. Os mesmos foram resumidos em duas tabelas, a partir das estatísticas de ajustes propostas por Credé e Harms (2018) e Avolio, Wernsing e Gardner (2018), e ilustrados no Apêndice E. Ao final, busca-se o ajuste de um modelo para cada uma das escalas (SELF e RATER), no entanto, considerando outras modificações/ajustes cabíveis do ponto de vista teórico, tal como: i) contemplação de correlações de erros dos itens entre fatores diferentes; e ii) outra estrutura fatorial.

Para estimativa dos modelos AFC cogitou-se tratar os *outliers* para evitar problemas de falta de normalidade multivariada. No entanto, ao rodar os modelos constatou-se que, praticamente, as mesmas observações eram consideradas discrepantes na SELF ou RATER, e suas exclusões², não impactaram substancialmente os achados. Dessa forma, para evitar superajustamento, falta de

² Simulou-se a exclusão de aproximadamente 10% das 181 observações, ficando apenas com cerca de 160 observações completas e sem *outliers*. A escolha dos *outliers* se deu após o ajuste dos modelos AFC's, definidos pela distância de Mahalanobis.

generalidade e ter que avaliar os *outliers* caso-a-caso, optou por trabalhar com a amostra de 181 observações.

Ainda, os modelos foram estimados por Máxima Verossimilhança (MV). O método MV faz a suposição de normalidade multivariada, conquanto, quando ela não existe, mas não é tão proferida, sobretudo, devido excesso de curtose, os resultados continuam válidos assintoticamente. Outro recurso seria estimar os modelos por Asymptotically distribution (ADF), pois o mesmo não necessita da hipótese de normalidade, mas exige-se amostras maiores.

Na presente pesquisa, a falta de normalidade não foi exacerbada³, e por isso, optou-se por utilizar o método MV, e assim, fazer proveito das medidas de adequação que o método traz com ele. A despeito disso, os dois modelos finais, modificados com embasamento teórico foram estimados por bootstrap ($n = 2.000$, corrigido para viés) para maior assertividade.

Para ajuste dos modelos de AFC utilizou-se estratégias elencadas em Marôco (2014) e as orientações presentes na literatura (Arbuckle, 2014; Brown, 2006; Byrne, 2010; Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009; Kline, 2011). Inicialmente ajustou-se os modelos originais, sem nenhuma adequação, e observando a qualidade de ajustamento global do modelo fatorial de acordo os valores de referência descritos em Marôco (2014) e Hu e Bentler (1999), a saber: χ^2/df ($[2;5]$), CFI ($>0,95$), TLI ($>0,95$), RMSEA ($<0,08$), $P[RMSEA \leq 0,05] \geq 0,05$, SRMR ($<0,08$) e MECVI⁴. Posteriormente, para ajustar os modelos modificados, examinou-se: i) os pesos fatoriais de cada um dos itens, notando a possibilidade de exclusão de itens com peso fatorial $< 0,50$; ii) os índices de modificação (superiores a 4) entre as correlações dos itens que compõem o mesmo fator, pela possibilidade de considerar essas correspondências no modelo; e iii) os resíduos padronizados ($>2,0$) para verificação de itens que poderiam estar causando problemas de uma forma genérica. Já nos dois modelos finais, modificados à luz da teoria, aferiu-se a qualidade de adequação local pelos pesos fatoriais ($>0,50$) e fiabilidade compósita ($FC > 0,70$), para fiabilidade individual dos itens e a variância média extraída ($VME > 0,50$) para cada fator. No caso de mais de um fator, a validade

³ Evidência essa constatada após ajustes dos modelos e pelo teste de excesso de curtose.

⁴ Trata-se de um critério de informação sem parâmetro de decisão, apenas para comparar modelos: quanto menor melhor.

discriminante foi avaliada comparando as VME de cada fator com o quadrado da correlação entre os fatores.

5.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, para o cumprimento das exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos. A aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP está apresentada no Anexo F.

Para participação no estudo, os participantes foram consultados quanto ao interesse e disponibilidade e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme determinado na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que foi garantido o caráter confidencial e voluntário da participação, privacidade durante o preenchimento dos questionários, a sua não identificação e o direito de desistir da participação da pesquisa a qualquer momento, bem como o compromisso de divulgação dos resultados do trabalho.

Para cada etapa da pesquisa, foi entregue aos participantes um envelope contendo: o TCLE, as duas versões adaptadas do *Questionário de Liderança Autêntica* - “Avaliando o meu jeito de liderar” e “Avaliando o seu líder” e um Roteiro Estruturado com as características sociodemográficas dos participantes.

As informações obtidas foram reservadas de modo a não permitir identificar os participantes, os instrumentos de coleta apresentam apenas um número de controle do pesquisador.

RESULTADOS

6 RESULTADOS

6.1 Perfil da amostra

Embora haja dois hospitais cenários de estudo, a maior parte das respostas foi coletada no Hospital Universitário (n=115; 63,5%); já na Santa Casa foram 66 participantes (36,5%).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos Enfermeiros, Campo Grande - MS, 2018.

Variáveis		N	%	% válida	%Acumulativa
Sexo					
Válido	Feminino	145	80,1	81	81
	Masculino	34	18,8	19	100
	Total	179	98,9	100	
Omisso	Missing	2	1,1		
<i>Maior titulação</i>					
Válido	Nenhuma titulação	21	11,6	11,7	11,7
	Especialização/ residência	138	76,2	76,7	88,3
	Mestrado/Doutorado	21	11,6	11,7	100
	Total	180	99,4	100	
Omisso	Sistema	1	0,6		
<i>Setor de Trabalho</i>					
Válido	Administração/ Direção	6	3,3	3,3	3,3
	Clínica/centro Cirúrgica	20	11	11	14,4
	Materno-Infantil	23	12,7	12,7	27,1
	Outro	41	22,7	22,7	49,7
	Pronto Atendimento Médico	9	5	5	54,7
	Unidade Coronariana	12	6,6	6,6	61,3
	Unidade de Internação Adulto	29	16	16	77,3

	Unidade de Terapia Intensiva	41	22,7	22,7	100
<i>Turno de Trabalho</i>					
Válido	Integral	23	12,7	12,8	12,8
	Manhã	58	32	32,2	45
	Noite	57	31,5	31,7	76,7
	Tarde	42	23,2	23,3	100
	Total	180	99,4	100	
Omisso	Missing	1	0,6		
<i>Experiência Profissional</i>					
Válido	Menos de 1 ano	13	7,2	7,2	7,2
	De 1 a 5 anos	45	24,9	25	32,2
	5 a 10 anos	52	28,7	28,9	61,1
	De 10 a 20 anos	56	30,9	31,1	92,2
	Acima de 20 anos	14	7,7	7,8	100
	Total	180	99,4	100	
Omisso	Missing	1	0,6		
<i>Tempo de atuação no Hospital do Estudo</i>					
Válido	Menos de 1 ano	30	16,6	16,6	16,6
	De 1 a 5 anos	108	59,7	59,7	76,2
	5 a 10 anos	13	7,2	7,2	83,4
	Acima de 10 anos	30	16,6	16,6	100
<i>Identificação da instituição</i>					
Válido	HU	115	63,5	63,5	63,5
	Santa Casa	66	36,5	36,5	100
	Total	181	100	100	

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Pode-se observar na tabela acima que a maioria dos respondentes é do sexo feminino (80,1%), 11,6% não apresentam titulação, 76,2% apresentam especialização/residência, 11,6% fizeram pós-graduação lato sensu. A grande maioria está alocada em Unidade de Terapia Intensiva (22,7%).

Em relação ao turno de trabalho, os respondentes que trabalham no turno da manhã totalizaram 32% e da noite 31,5%. Apresentam mais de 5 anos de experiência

profissional (58%) e entre 1 a 5 anos de atuação no hospital do estudo (60%). A maior parte dos enfermeiros apresenta tempo de atuação no hospital de estudo de 5 a 10 anos; 30,9% apresentam tempo de atuação na profissão entre 10 a 20 anos e 28,7% de 5 a 10 anos de experiência.

6.2 Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do Questionário de Liderança Autêntica (ALQ).

Analisou-se o perfil da amostra por meio de análise descritiva e procedeu-se à validação das duas escalas a partir da Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Estimou-se os modelos a partir dos cinco modelos alternativos apresentados na Figura 4 (CREDÉ; HARMS, 2015), sendo cinco modelos para SELF e cinco para RATER (APÊNDICE E).

Figura 4 – Esquema dos cinco modelos alternativos estimados para a ALQ⁵

Fonte: Credé e Harms (2015).

6.2.1 Modelos originais

As respostas aos itens do questionário (SELF_X ou RATER_X, onde X é um número inteiro que vai de 1 a 16) são do tipo Likert entre 0 e 4 (0 = raramente/nunca, 4 = muitas vezes/quase sempre). A codificação segue uma lógica: 1) SELF/RATER

⁵ Os erros e distúrbios foram omitidos para melhor visualização.

refere-se a escala principal; 2) a numeração entre 1 e 16 refere-se ao número/ordem do item disposto no questionário.

As dimensões/domínio de cada instrumento, estão divididos em Transparência Relacional (itens 1 a 5), Perspectiva Moral (6 a 9), Processamento Equilibrado (10 a 12) e Autoconsciência (13 a 16).

Abaixo Tabela 2 com a distribuição dos itens da Escala RATER de acordo com dimensão/domínio Transparência Relacional (TR), Perspectiva Moral (PM), Processamento Equilibrado (PE), Autoconsciência (AC),

Tabela 2 – Distribuição dos itens da Escala RATER de acordo com dimensão/domínio Transparência Relacional (TR), Perspectiva Moral (PM), Processamento Equilibrado (PE), Autoconsciência (AC), Campo Grande – MS, 2018.

Colunas ¹	Raramente/ Nunca	De vez em quando	Às vezes	Frequen- temente	Muitas vezes, quase sempre	Média	Desvio Padrão
TR1	1,10%	4,40%	21,00%	48,10%	25,40%	2,92%	0,86%
TR2	6,10%	9,90%	21,00%	43,60%	19,30%	2,60%	1,09%
TR3	3,30%	9,40%	24,90%	41,40%	21,00%	2,67%	1,02%
TR4	0,60%	5,00%	16,60%	40,90%	37,00%	3,09%	0,88%
TR5	2,80%	7,20%	24,90%	46,40%	18,80%	2,71%	0,95%
PM6	2,80%	2,80%	27,10%	48,60%	18,80%	2,78%	0,88%
PM7	1,70%	3,30%	20,40%	50,80%	23,80%	2,92%	0,85%
PM8	5,00%	8,30%	19,90%	45,90%	21,00%	2,70%	1,05%
PM9	1,10%	5,50%	15,50%	42,50%	35,40%	3,06%	0,91%
PE10	3,30%	6,60%	28,70%	43,10%	18,20%	2,66%	0,96%
PE11	0,00%	5,50%	26,00%	37,60%	30,90%	2,94%	0,89%
PE12	2,20%	11,00%	24,30%	37,00%	25,40%	2,72%	1,03%
AC13	1,10%	9,90%	29,30%	32,60%	27,10%	2,75%	1,00%
AC14	2,20%	9,40%	31,50%	42,50%	14,40%	2,57%	0,93%
AC15	0,60%	13,80%	25,40%	41,40%	18,80%	2,64%	0,96%
AC16	3,30%	7,20%	27,10%	40,30%	22,10%	2,71%	1,00%

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Em relação aos modelos RATER, o único modelo, dos cinco alternativos estimados, que passou perto de um ajuste aceitável, foi o modelo bi-fatorial (*Bi-Factor Model*). Esse modelo apresentou medidas aceitáveis de χ^2/df e SRMR e perto do aceitável⁶ no caso de CFI, TLI e RMSEA. Em relação aos quatro outros modelos

⁶ Algumas referências colocam o CFI/TLI > 0,90 como aceitável.

alternativos, o modelo *Oblique Lower-Order Model* também apresentou medidas aceitáveis de χ^2/df e SRMR, no entanto, longe do aceitável no caso das outras medidas de adequação. De qualquer forma, a despeito da falta de adequação dos modelos originais, esses dois modelos (Rd_0 e Re_0) (APÊNDICE E) podem ser considerados pontos de partida para os modelos finais modificados conforme proposições da teoria. De imediato, observou-se que existe uma correlação alta entre os fatores da ALQ RATER e isso deve ser considerado na proposição final.

Abaixo Tabela 3 com a distribuição dos itens da Escala SELF de acordo com dimensão/domínio Transparência Relacional (TR), Perspectiva Moral (PM), Processamento Equilibrado (PE), Autoconsciência (AC),

Tabela 3 – Distribuição dos itens da Escala SELF de acordo com dimensão/domínio Transparência Relacional (TR), Perspectiva Moral (PM), Processamento Equilibrado (PE), Autoconsciência (AC), Campo Grande – MS, 2018.

Colunas 1	Raramente/ Nunca	De vez em quando	Às vezes	Frequen- temente	Muitas vezes, quase sempre	Média	Desvio Padrão
TR1	1,10%	6,60%	34,30%	42,50%	15,50%	2,65%	0,86%
TR2	2,80%	1,70%	7,70%	39,80%	48,10%	3,29%	0,89%
TR3	1,70%	3,90%	23,80%	40,90%	29,80%	2,93%	0,92%
TR4	0,60%	3,30%	18,20%	42,50%	35,40%	3,09%	0,85%
TR5	3,90%	5,50%	27,10%	43,10%	20,40%	2,71%	0,98%
PM6	3,30%	2,80%	20,40%	49,70%	23,80%	2,88%	0,92%
PM7	0,60%	2,80%	12,70%	45,30%	38,70%	3,19%	0,80%
PM8	1,10%	4,40%	22,70%	47,00%	24,90%	2,90%	0,86%
PM9	1,10%	3,90%	9,90%	45,90%	39,20%	3,18%	0,85%
PE10	1,70%	7,20%	33,70%	41,40%	16,00%	2,63%	0,90%
PE11	0,00%	1,10%	5,50%	48,60%	44,80%	3,37%	0,64%
PE12	0,60%	1,10%	10,50%	43,10%	44,80%	3,30%	0,75%
AC13	0,00%	1,10%	13,80%	39,80%	45,30%	3,29%	0,74%
AC14	0,00%	4,40%	49,20%	38,10%	8,30%	2,50%	0,71%
AC15	0,00%	2,20%	23,80%	57,50%	16,60%	2,88%	0,69%
AC16	0,00%	1,10%	12,70%	54,10%	32,00%	3,17%	0,68%

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Em relação à escala SELF os ajustes foram mais difíceis e nenhum modelo original mostrou-se adequado. De qualquer forma, as conclusões aqui são as mesmas da escala RATER: os modelos *oblique* e *bi-factor* apresentaram medidas de ajuste

menos “piores” que os outros modelos, de modo a evidenciar uma potencial correlação entre os fatores da ALQ SELF. De uma forma geral, percebeu-se maior dificuldade de ajuste dos modelos SELF, principalmente, por diversos pesos fatoriais de baixa expressão nos fatores ($< 0,50$). De qualquer modo, os indícios do ajuste dos modelos originais indicam que esses dois modelos (Sd_0 e Se_0) (APÊNDICE E) devem ser considerados pontos de partidas na proposição dos modelos finais.

Tabela 4 – Medidas de Adequação dos Modelos Originais, Campo Grande – MS, 2018.

ALQ	Modelo	Descrição	χ^2	df	χ^2/df	RMSEA	$p(RMSEA) \leq 0,05$	SRMR	CFI	TLI	MECVI
Rater	Ra_0	Orthogonal First-Order Model	804,85	104	7,739	0,193	0,000	0,403	0,588	0,525	4,864
	Rb_0	Single-Factor Model	414,91	104	3,990	0,129	0,000	0,084	0,817	0,789	2,698
	Rc_0	Higher-Order Model	365,83	100	3,658	0,122	0,000	0,080	0,844	0,813	2,474
	Rd_0	Oblique Lower-Order Model	349,61	98	3,567	0,119	0,000	0,077	0,852	0,819	2,409
	Re_0	Bi-Factor Model	206,61	88	2,348	0,087	0,000	0,063	0,930	0,905	1,737
Self	Sa_0	Orthogonal First-Order Model	462,12	104	4,443	0,138	0,000	0,219	0,559	0,491	2,960
	Sb_0	Single-Factor Model	417,26	104	4,012	0,129	0,000	0,124	0,614	0,555	2,711
	Sc_0	Higher-Order Model	304,66	100	3,047	0,107	0,000	0,121	0,748	0,698	2,134
	Sd_0	Oblique Lower-Order Model	281,42	98	2,872	0,102	0,000	0,109	0,774	0,723	2,030
	Se_0	Bi-Factor Model	215,82	88	2,452	0,090	0,000	0,097	0,843	0,785	1,788

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

6.2.2 Modelos modificados

Em relação às modificações propostas nos modelos originais, focou-se naquelas que não, necessariamente, carecia de aporte teórico. Nesse sentido, apenas foram excluídos alguns itens com baixa expressão no fator (peso fatorial $< 0,50$) e foram contemplados algumas correlações dos erros de itens carregados no mesmo fator⁷.

⁷ Alguns modelos necessitaram fixar a variância de alguns erros para evitar problemas de identificação e valores fora do espectro aceitável.

Tabela 5 – Medidas de Adequação dos Modelos modificados, Campo Grande – MS, 2018.

ALQ	Modelo	Descrição	χ^2	df	χ^2/df	RMSEA	p(RMSEA)≤0,05	SRMR	CFI	TLI	MECVI
Rater	Ra_1	Orthogonal First-Order Model	643,71	77	8,360	0,202	0,000	0,413	0,622	0,553	3,916
	Rb_1	Single-Factor Model	129,11	70	1,844	0,068	0,053	0,048	0,961	0,949	1,141
	Rc_1	Higher-Order Model	132,38	61	2,170	0,081	0,005	0,052	0,950	0,935	1,097
	Rd_1	Oblique Lower-Order Model	111,06	48	2,314	0,085	0,004	0,052	0,947	0,928	0,976
	Re_1	Bi-Factor Model	130,36	73	1,786	0,066	0,077	0,048	0,962	0,953	1,112
Self	Sa_1	Orthogonal First-Order Model	304,74	65	4,688	0,143	0,000	0,222	0,633	0,560	2,000
	Sb_1	Single-Factor Model	20,73	9	2,303	0,085	0,104	0,052	0,967	0,945	0,254
	Sc_1	Higher-Order Model	97,79	50	1,956	0,073	0,042	0,094	0,919	0,894	0,879
	Sd_1	Oblique Lower-Order Model	76,68	38	2,018	0,075	0,047	0,078	0,930	0,899	0,759
	Se_1	Bi-Factor Model	66,50	34	1,956	0,073	0,075	0,121	0,930	0,907	0,618

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Na escala RATER os itens 1 e 7 foram irrelevantes praticamente em todos os cinco modelos estimados, e por isso, cogitados a serem excluídos, conforme Tabela 6. Do ponto de vista estatístico, apenas o modelo *Bi-Factor Model* (Re_1) (APÊNDICE E) que pode ser considerado aceitável vis-à-vis os critérios adotados para as medidas de adequações utilizadas.

Tabela 6: Ajustes procedidos nos modelos modificados, Campo Grande - MS, 2018.

ALQ	Modelo	Descrição	Exclusões	Correlações	Variâncias
RATER	Ra_1	Orthogonal First-Order Model	1 e 10	-	-
	Rb_1	Single-Factor Model	1 e 7	2-3, 4-9, 4-11, 5-6, 11-12, 12-13 e 15-16	-
	Rc_1	Higher-Order Model	1, 5 e 7	14-15, 14-16 e 15-16	ePM, ePE e eAC
	Rd_1	Oblique Lower-Order Model	1, 5, 7 e 13	-	-
	Re_1	Bi-Factor Model	1 e 7	4-9, 5-6, 8-11 e ALQ-AC	-
SELF	Sa_1	Orthogonal First-Order Model	2, 5 e 9	-	-
	Sb_1	Single-Factor Model	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 e 14	-	-
	Sc_1	Higher-Order Model	2, 5, 10 e 14	7-8 e 15-16	ePE e eAC
	Sd_1	Oblique Lower-Order Model	2, 5, 9, 10 e 14	-	-
	Se_1	Bi-Factor Model	2, 5, 9, 10 e 14	-	-

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

No entanto, nota-se Re_1 (APÊNDICE E) que os ajustes procedidos no modelo *Bi-Factor Model*, essencialmente, pela exclusão daqueles caminhos sem significância estatística, o tornaram um modelo de dois fatores (um fator parece englobar TR/PM/PE e outro AC), retirando sua configuração de 2º Ordem.

Avaliando o modelo *Oblique Lower-Order Model* (Rd_1) (APÊNDICE E) percebe-se que também apresentou medidas de ajustes interessantes, e até aceitáveis, quando se utiliza os critérios descritos por Marôco (2014). Inclusive, o critério de informação MECVI indica que esse modelo é melhor que o modelo Re_1 (APÊNDICE E). Nota-se que esse modelo apresentou quatro fatores altamente correlacionados com três itens cada um, o que pode cogitar uma estrutura de 2º Ordem, e além do mais, as correlações entre itens de fatores diferentes que não foram contempladas⁸, podem sugerir uma estrutura fatorial de menos de quatro fatores⁹.

No caso da escala SELF foi verificada uma anormalidade. Do ponto de vista estatístico, um dos modelos de melhor ajuste foi o *Single-Factor Model* (Sb_1) (APÊNDICE E), no entanto, o referido modelo foi conseguido pela exclusão de quase dois terços dos itens, e por isso, não se considera uma solução plausível do ponto de vista teórico. Como já comentado anteriormente, a escala SELF mostrou-se mais complicada, e mesmo procedendo aos ajustes comentados na Tabela 5, nenhum dos cinco modelos passou no crivo das medidas de ajuste elencadas, conforme referências da literatura.

Mesmo assim, como na escala RATER, os modelos *Oblique Lower-Order Model* (Sd_1), e *Bi-Factor Model* (Se_1) (APÊNDICE E), mostraram de melhor ajuste, podendo ser o ponto de partida para ajuste dos modelos finais. Entretanto, diferente da escala RATER em que há sugestão de estrutura de 2º Ordem, a falta de correlação entre os fatores em Sd_1 e Se_1 indica que na escala SELF isso pode não ocorrer. Como na escala RATER, os ajustes dos modelos Sd_1 e Se_1 indicam uma estrutura fatorial com menos fatores (dois ou três, por exemplo).

6.2.3 Modelos Finais

⁸ Esse fato é evidenciado pelos índices de modificação que não foram apresentados nesse estudo.

⁹ Por exemplo, de dois fatores como no modelo Re_1.

Pelo o exposto, optou-se por partir do modelo *Higher-Order*, tanto para a escala RATER como para a escala SELF. No caso da primeira escala, o modelo modificado apresentou medidas aceitáveis, exceto pela RMSEA, e com poucas propostas de ajustes. No caso da SELF, o modelo *Higher-Order* foi um dos melhores, com medidas de adequação próximas ao aceitável, atrás do *Single-Factor* que apresentou ajuste aceitável, mas infelizmente foram necessárias diversas exclusões para seu ajuste. O procedimento que diferencia os modelos ajustados nessa seção, em relação à anterior, é que nesse momento se considera as exclusões de mais itens e correlações entre erros de fatores diferentes.

A Tabela 7 exhibe que todas as medidas de adequação do modelo *Higher-Order* ajustado para a escala RATER podem ser consideradas excelentes. Para isso, foi necessária a exclusão de apenas cinco itens, nenhum considerado crucial do ponto de vista teórico, além da contemplação de duas correlações entre itens de fatores diferentes: i) uma com total sentido do ponto de vista intuitivo (4-9); e ii) outra que necessita mais de reflexão (8-11).

Tabela 7: Medidas de adequação dos modelos finais (*Higher-Order Model*), Campo Grande - MS, 2018.

ALQ	χ^2	df	χ^2/df	RMSEA	$p(RMSEA) \leq 0,05$	SRMR	CFI	TLI	MECVI
RATER	69,82	40	1,746	0,064	0,166	0,045	0,973	0,963	0,697
SELF	61,94	32	1,936	0,072	0,088	0,085	0,942	0,919	0,616

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Tabela 8: Ajustes procedidos nos modelos finais (*Higher-Order Model*), Campo Grande - MS, 2018.

ALQ	Exclusões	Correlações	Variâncias
RATER	1, 5, 6, 7 e 13	4-9 e 8-11	ePM e ePE
SELF	2, 5, 7, 8, 10 e 14	15-16	ePE e eAC

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

A Figura 5 atesta a forte dependência de um fator de ordem superior, com a evidência de altos pesos fatoriais ($>0,85$) entre o fator de segunda ordem ALQ e os

de primeira ordem: autoconsciência, transparência relacional, perspectiva moral internalizada e processamento equilibrado.

Adicionalmente, os altos pesos fatoriais ($>0,60$) entre os itens que ficaram no modelo final e os quatro fatores corroboram sua validade convergente.

Figura 5 – *Higher Order Model* (RATER), Campo Grande - MS, 2018.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

No caso da escala SELF o modelo *Higher-Order* ajustado retornou medidas de adequação consideradas aceitáveis, no entanto, como apresenta a Figura 6, o fator transparência relacional não apresentou forte dependência com o fator de ordem superior como na escala RATER, a despeito do peso fatorial entre ALQ e a transparência relacional ser altamente significativo ($p\text{-valor}<0,01$).

Figura 6: Higher-Order Model (SELF), Campo Grande (MS), 2018.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Adicionalmente, os pesos fatoriais entre os itens restantes e os quatro fatores foram altos ($>0,60$) e altamente significativos ($p\text{-valor} < 0,01$), exceto pelo item 6 no fator perspectiva moral que foi abaixo de 0,40. Infelizmente, a sua retirada piora o ajuste geral do modelo, e apesar da validade convergente desse item ser questionável, por se tratar de um estudo exploratório, optou-se por deixá-lo. Faz-se interessante, nessa escala, que não foi necessário considerar nenhuma correlação entre erros de itens de fatores diferentes. Entretanto, como já previsto nas seções anteriores, para o ajuste do modelo *Higher-Order* da escala SELF, fez-se necessário excluir itens considerados importantes para escala como um todo.

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, 80,1% dos respondentes eram do sexo feminino. Trata-se de uma profissão majoritariamente do gênero feminino. De acordo com o levantamento sobre a categoria profissional realizado pela fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 2015, por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a enfermagem está composta por 86% dos trabalhadores do sexo feminino e esse traço esteve presente desde a formação da área profissional.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a área de saúde compõe-se de 3,5 milhões de trabalhadores, sendo cerca de 1,7 milhão da área da enfermagem. A enfermagem no Brasil está composta por um quadro de 80% de técnicos e auxiliares de enfermagem e 20% de enfermeiros (FIOCRUZ, 2015).

Como apresentado nos resultados, 76,2% dos enfermeiros respondentes apresentam especialização/residência e 11,6% fizeram pós-graduação lato sensu. A pesquisa da Fiocruz (2015) afirma que o desejo de se qualificar é um anseio do profissional de enfermagem. Ainda, a pesquisa conclui que o programa de Proficiência e outras iniciativas de aprimoramento agenciadas pelo COFEN/Conselhos Regionais apresentaram ampla penetração, obtendo 94,5% dos enfermeiros que referem a participação em atividades de aprimoramento.

Os enfermeiros buscam maior aperfeiçoamento, por meio dos cursos de especialização (pós-graduação lato sensu). Há um cenário extremamente dinâmico das especializações e das Sociedades de Especialistas, que assinala para um mundo do trabalho voltado para o aperfeiçoamento técnico e a inserção diferenciada no mercado de trabalho, com intuito de autoafirmação neste mercado, que se apresenta cada dia mais específico. Torna-se necessário, na área da saúde, buscar formação adequada capaz de instrumentalizar o profissional para prestar assistência adequada (CAVALCANTI et al., 2010).

A abordagem deste estudo foi a avaliação das propriedades psicométricas do ALQ para enfermeiros atuantes em serviços de saúde. Essa escala objetiva medir a presença de Liderança Autêntica em enfermeiros de serviços de saúde, por meio de uma escala de Likert com variação de 0 a 4. Vale destacar que a metodologia de Likert é uma das mais utilizadas em contextos variados como na área da psicologia, saúde e educação médica (CURADO; TELES; MARÔCO, 2013). A avaliação de um

determinado fenômeno, precisa apresentar a menor quantidade de variáveis para obtenção de mensuração mais fidedigna (MARÔCO, 2014).

A avaliação das propriedades psicométricas do ALQ foi necessária haja vista a urgente necessidade de estudar a liderança no contexto do trabalho do enfermeiro. Há uma impendente insuficiência de líderes na área da saúde, sendo necessárias estratégias que possam garantir o desempenho da liderança de forma eficaz. Dedicar energia no relacionamento entre líderes e equipe de enfermagem influencia positivamente a saúde e bem-estar dos enfermeiros, além dos resultados favoráveis na qualidade do atendimento ao paciente (CUMMINGS et al., 2010).

Muitos líderes estão centrados em tarefas e, dessa forma, podem não se aplicar em desenvolver ou manter relacionamentos com os membros da equipe ou harmonizar-se às necessidades emocionais. Já os líderes concentrados em suas relações, utilizam as habilidades emocionais para entender a equipe em momentos pessoais, estabelecendo empatia e confiança, o que possibilita compreender preocupações, problemas, apoiar e investir em suas habilidades, culminando na realização das tarefas necessárias para atingir o objetivo em comum no atendimento ao paciente (CUMMINGS et al., 2010).

Quando o líder incentiva pontos de vista distintos e constrói *networks* colaborativos com os seguidores, eles os veem como autêntico (AVOLIO et al., 2004). A história pessoal do líder é constatada como principal desencadeador do desenvolvimento da Liderança Autêntica, podendo incluir influências familiares, experiências educacionais e do trabalho, modelos de comportamento e desafios da vida (GARDNER et al., 2005a).

Estudo de Cervo et al. (2016) encontrou aspectos positivos relacionados à Liderança Autêntica, como a eficácia da equipe, emoções positivas e inovação.

Líderes autênticos criam ambientes de trabalhos fortalecidos. Certos comportamentos dos líderes autênticos, como ser honesto, solicitar informações sobre tomada de decisão, julgamento ético, edificam relações positivas entre o gerente de enfermagem e enfermeiros recém-graduados. O estudo demonstra que quando novos enfermeiros evidenciam o senso de comunidade, que se trata de um capital social relacional, eles experimentam menos sintomas de doença mental, também maior satisfação profissional (READ; LASCHINGER, 2015).

Os líderes também detêm influência sobre as intenções dos enfermeiros continuarem em sua posição atual. O estudo trouxe que essa identificação tende a

aumentar a confiança dos enfermeiros recém-graduados com sua capacidade de gerenciar desafios relacionados ao trabalho. Portanto, a Liderança Autêntica apresentou influência direta (FALLATAH; LASCHINGER; READ, 2017).

O clima de segurança foi correlacionado positivamente com a Liderança Autêntica, pois a mesma é capaz de aumentar as percepções positivas do clima de segurança (DIRIK; INTEPELER, 2017).

Revisão sistemática de literatura que examinou os antecedentes, mediadores e desfechos associados à Liderança Autêntica em saúde, apontou que a satisfação com o trabalho está positivamente associada à Liderança Autêntica em oito dos nove estudos, além do engajamento no trabalho (ALILYYANI; WONG; CUMMINGS, 2018).

Alguns estudos enfatizaram as quatro dimensões de Liderança Autêntica: Transparência Relacional, Perspectiva Moral, Processamento Equilibrado e Autoconsciência.

No estudo de Bamford, Wong e Laschinger (2013), a perspectiva moral internalizada foi a que apresentou maior comparação, entre todas as dimensões, com o engajamento no trabalho. A mesma trata-se de uma autorregulação interna, norteada por princípios morais internos ao sujeito, valores e pressões externas, que são identificadas nos processos de tomada de decisão e comportamentos do líder (AVOLIO; GARDNER, 2005). Dessa forma, a alta moral e a perspectiva ética foram importantes na relação líder-seguidor nesse estudo.

Os líderes autênticos influenciam na criação de ambientes de trabalho que promovem controle sobre a prática, participação nas decisões, acesso à recursos, reconhecimento, trabalho em equipe e respeito. A justiça foi a área de vida no trabalho fortemente relacionada aos gerentes de enfermagem (BAMFORD; WONG; LASCHINGER, 2013).

No estudo de Lishchinsky (2014), o primeiro benefício citado se trata da dimensão autoconsciência, que foi relacionada à compreensão dos pontos fortes e fracos, cujos enfermeiros adquirem maior responsabilidade na tomada de decisão. O segundo benefício, transparência relacional, enfoca na comunicação honesta com a equipe. O terceiro, processamento balanceado, apresenta a disposição do enfermeiro para explorar e analisar outras opiniões antes da tomada de decisão. E por fim, a perspectiva moral internalizada, enfoca padrões morais internos. A Liderança Autêntica, devido às suas dimensões de processamento equilibrado e

autoconsciência, apresenta impacto positivo na criatividade dos funcionários (MALIK; DHAR; HANDA, 2016), sendo que Rego et al. (2012) corrobora esse achado.

Alexander e Lopez (2018) descrevem comportamentos dos líderes para sustentar ambientes de trabalho saudáveis. Trouxeram que a autoconsciência foi considerada pelos enfermeiros participantes do estudo como o comportamento mais importante do líder, considerando o 'eu privado' e o 'eu profissional', sendo o 'eu privado' a forma de conhecer as forças e fraquezas, os valores e a coragem pessoal de liderar em suas organizações. Já o 'eu profissional', se trata de como os outros percebem o líder desempenhando seu papel. Em relação ao processamento equilibrado, os autores descrevem que é considerado os distintos pontos de vista. A transparência relacional foi percebida como a capacidade de o líder compartilhar pensamentos e crenças, além de apresentar honestidade e integridade. A dimensão perspectiva moral foi entendida como a base apreendida no início da carreira para tomada de decisões, bem como a melhor assistência prestada ao paciente, apoiando as enfermeiras a encontrar alegria no trabalho.

Por meio de uma revisão integrativa realizada pela pesquisadora na construção desse estudo, dos 15 (100%) estudos com abordagem quantitativa não experimental, 13 (87%) utilizaram o Questionário de liderança autêntica (ALQ). Trata-se de um instrumento que foi criado com o objetivo de medir a autenticidade do líder, como abordado nesse estudo.

Estudo realizado com o objetivo de identificar a utilização de instrumentos para a avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem, encontrou 19 instrumentos realizados para avaliar liderança, dentre eles o Questionário de liderança autêntica (ALQ), sendo que o mesmo foi citado em cinco estudos e apresentou consenso em relação aos quatro componentes da Liderança Autêntica (CARRARA, 2017).

Ressalta-se, então, que se torna profícuo a validação do ALQ, nas versões SELF e RATER para o contexto brasileiro.

Quanto aos resultados relacionados à análise da validade de constructo da versão para o português do instrumento ALQ, optou-se pela Análise Fatorial Confirmatória (AFC) com uma abordagem mais exploratória, conforme citam Credé e Harms (2015). Essa abordagem foi empregada em 2018 por Avolio, Wernsing e Gardner.

Portanto, esse estudo utilizou as medidas de adequação do modelo *Higher-Order* ajustado para a escala RATER, sendo consideradas excelentes e para escala SELF consideradas aceitáveis. Foram necessárias exclusões de cinco itens na escala RATER, a saber: itens 1, 5, 6, 7, 13. Há forte dependência de um fator de ordem superior, com a evidência de altos pesos fatoriais ($>0,85$) entre o fator de segunda ordem ALQ e os de primeira ordem. Além disso, altos pesos fatoriais ($>0,60$) entre os itens que ficaram no modelo final, e os quatro fatores corroboram sua validade convergente.

Na escala SELF foram retirados os itens: 2, 5, 7, 8, 10 e 14. Os pesos fatoriais entre os itens restantes e os quatro fatores foram altos ($>0,60$) e altamente significativos ($p\text{-valor} < 0,01$), exceto pelo item 6 (como citado nos resultados).

De forma geral, percebe-se que quando é solicitado aos respondentes para que falem sobre os seus líderes, estes são mais coerentes e homogêneos, fato que reflete no bom ajuste do modelo final proposto para a escala RATER. Entretanto, ao falar de si, enquanto líder, na cultura brasileira, parece haver uma alta heterogeneidade de opiniões, fato refletido na dificuldade de ajuste da escala SELF.

Portanto, procedendo as exclusões, tem-se: Avaliando meu jeito de liderar (escala SELF) com os itens 1, 3 e 4 para o fator Transparência Relacional, itens 6 e 9 para Perspectiva Moral, itens 11 e 12 para Processamento Equilibrado e itens 13, 15 e 16 para Autoconsciência. Avaliando o seu líder (escala RATER) com os itens 2, 3 e 4 para Transparência Relacional, 8 e 9 para Perspectiva Moral, 10, 11 e 12 para Processamento Equilibrado e 14, 15 e 16 para Autoconsciência.

Finalmente, o Questionário de liderança autêntica está apresentado no seguinte formato: Avaliando meu jeito de liderar (escala SELF) com os itens 1 a 3 para o fator Transparência Relacional, itens 4 e 5 para Perspectiva Moral, itens 6 e 7 para Processamento Equilibrado e itens 8 a 10 para Autoconsciência. Avaliando o seu líder (escala RATER) com os itens 1 a 3 para Transparência Relacional, 4 e 5 para Perspectiva Moral, 6 a 8 para Processamento Equilibrado e 9 a 11 para Autoconsciência. Os itens do Questionário de liderança autêntica validado, estão apresentados parcialmente (APÊNDICE F e G).

O resultado de estudo de Walumbwa et al. (2008) demonstrou que os quatro fatores autoconsciência, transparência relacional, perspectiva moral internalizada e processamento equilibrado não são independentes e que um único fator de segunda ordem explicou essa dependência. A alta validade convergente entre os fatores alude

que eles transmitem informações menos exclusivas a partir de uma construção de ordem superior.

Esses resultados estão em consonância com o estudo de Bakari, Hunjra (2017) que validou o Questionário de Liderança Autêntica no contexto paquistanês. As populações do estudo foram duas grandes universidades agrícolas, funcionários de três setores da saúde, incluindo enfermeiros, e funcionários de ferrovias. Os índices de ajuste do modelo indicam que o modelo de segunda ordem é mais robusto e preferível ao modelo de primeira ordem. O estudo também utilizou análise fatorial confirmatória (CFA) para confirmar a estrutura fatorial do ALQ.

Essa colocação se efetivou de forma contundente na presente pesquisa no caso da escala RATER, no entanto, como já previsto, a validade convergente com a dependência de um fator de segunda ordem no caso da escala SELF tornou-se frágil, e careceu de medidas de adequação aceitáveis.

Nesse estudo também se optou pelo modelo *Higher-Order*, tanto para a escala RATER como para a escala SELF. Na escala RATER, o modelo modificado apresentou medidas aceitáveis, exceto pela RMSEA, e com poucas propostas de ajustes. Na escala SELF o modelo *Higher-Order* foi um dos melhores, com medidas de adequação próximas ao aceitável.

Corroborando Walumbwa et al. (2008, p.101) que distinguiu “que pode não ser razoável conceituar as medidas como avaliando construtos inteiramente separados e distintos”; mesmo o *Higher-Order* (HOM) foi utilizado como uma maneira de modelar a comunalidade entre os itens. Reitera que a modelagem *Bi-Factor* pode ser uma outra opção mais flexível para pesquisas futuras. Na presente pesquisa, o *Bi-Factor Model* se mostrou de melhor ajuste, entretanto foi diferente da escala RATER, em que há sugestão de estrutura de 2º Ordem.

O ponto levantado por Credé e Harms (2015, p.855) é que a questão não deve ser se existe ou não um fator de ordem superior (*Higher-Order Factor*), mas sim se o fator de ordem superior é substancial por meio de sua capacidade de esclarecer a covariação entre as variáveis e o fator de ordem inferior (*Lower-order factors*) e variação entre fator de ordem inferior e as variáveis manifestas. Neider e Schriesheim (2011) publicaram a escala *Authentic Leadership Inventory* (ALI) e incluíram 4 dimensões, as quais apresentaram conceitos semelhantes às do ALQ, uma vez que usou uma versão de oito itens do ALQ e uma nova escala ALI. Reiteram que a decisão

dos autores em modelar Liderança Autêntica como quatro fatores ou como um constructo de ordem superior depende da situação sob investigação.

Portanto, após a publicação do artigo de Walumbwa et al. (2008), pesquisas posteriores corroboram que as melhores estruturas para modelar Liderança Autêntica podem depender de como o líder se comporta e o contexto em que a liderança é observada (Neider & Schriesheim, 2011).

Avolio, Wernsing e Gardner (2018) afirmam que, em consonância com o artigo original de 2008 (momento de validação do ALQ) e pesquisas posteriores, há suporte para a teoria de Liderança Autêntica e seus componentes de construção. Ainda, há a motivação para o trabalho determinar as condições de liderança e medição, cujo modelo geral de ordem superior da Teoria de Liderança Autêntica é mais justificável.

Os autores afirmam, nesse estudo, que especificar as modificações no modelo, desde o processo de teste preliminar e montagem do mesmo, torna-se importante.

Há trabalhos realizados sobre Liderança Autêntica nas culturas ocidentais. Contudo, responder à questão de Liderança Autêntica para outras culturas em todo o mundo necessita de maior exploração (AVOLIO; WALUMBRA, 2014).

Portanto, esse estudo fornece a disponibilização de um instrumento válido, confiável e específico para avaliação da Liderança Autêntica na população de enfermeiros dos serviços de saúde do Brasil.

A partir dos questionários validados nas duas versões, Avaliando meu jeito de liderar e Avaliando o seu líder, um dos autores do instrumento autorizou a publicação do instrumento validado no site da empresa Mind Garden. A mesma situa-se nos Estados Unidos, e detém os direitos autorais dos instrumentos. Salienta-se que, de acordo com a política dessa empresa, é necessário a solicitação e autorização prévia para utilização destes questionários, em ambas as versões. O pedido de autorização pode ser realizado por meio do link: <http://mindgarden.com>.

Ainda, salienta –se que nessa pesquisa foi autorizado a publicação de apenas três itens de cada versão – “Avaliando meu Jeito de liderar” itens: 3 – Incentivo todos a falarem o que pensam, item 13 – procuro ouvir feedback para melhorar as relações com os outros (APÊNDICE F). Na versão adaptada “ Avaliando o seu líder” foram autorizadas a publicação dos itens adaptados: item 2 – admite erros quando acontecem; item 11 – Analisa informações relevantes antes de tomar uma decisão e item 15 – sabe quando é hora de reavaliar seu posicionamento sobre assuntos importantes (APÊNDICE G).

CONCLUSÃO

8 Conclusão

Procedeu-se a validação das duas escalas, ALQ SELF e ALQ RATER, a partir de uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) com uma abordagem mais exploratória.

Ajustou-se os modelos originais sem nenhuma adequação, posteriormente, ajustou-se os modelos modificados. Para os modelos finais, avaliou-se a qualidade do ajustamento local pelos pesos fatoriais ($>0,50$), fiabilidade compósita ($FC > 0,70$) e a variância média extraída ($VME > 0,50$) para cada fator. No caso de mais de um fator, a validade discriminante foi avaliada comparando as VME de cada fator com o quadrado da correlação entre os fatores.

Destarte, elegeu-se o modelo *Higher-Order*, tanto para a escala RATER como para a escala SELF. Considerando as exclusões de mais itens, sendo cinco na escala RATER e 6 itens na escala SELF.

Atesta, no caso da escala RATER, a forte dependência de um fator de ordem superior. Além disso, os altos pesos fatoriais entre os itens que ficaram no modelo final e os quatro fatores corroboram sua validade convergente.

Na escala SELF, os pesos fatoriais entre os itens remanentes e os quatro fatores foram altos e significativos.

Resume-se que a versão final da escala adaptada do ALQ contém 11 itens na escala RATER e 10 itens na escala SELF, tratando-se de um instrumento válido e confiável para medir a Liderança Autêntica do enfermeiro no contexto brasileiro.

A Liderança Autêntica apresenta diversos aspectos positivos que influenciam significativamente o processo de trabalho do enfermeiro. Aspectos positivos, como maior engajamento e satisfação no trabalho, retenção de novos enfermeiros, maior comprometimento organizacional, além do vínculo com o estado psicológico pessoal, entre outros.

Destaca-se significativo tornar o ALQ adaptado e validado aplicável à enfermeiros no cenário hospitalar brasileiro, já que apresentou resultados satisfatórios. Os resultados apontados da validação das propriedades psicométricas do instrumento ALQ permitem a disponibilização de um instrumento válido, confiável e específico para avaliação da Liderança Autêntica na população de enfermeiros dos serviços de saúde do Brasil.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, C.; LOPEZ, R.P. A Thematic Analysis of SELF-described Authentic Leadership Behaviors Among Experienced Nurse Executives. **The Journal of Nursing Administration**, USA, v. 48, n. 1, p. 38-43, 2018. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=29219909>. Acesso em: 09 set. 2018.

ALILYYANI, B.; WONG, C.A.; CUMMINGS, G. Antecedents, mediators, and outcomes of authentic leadership in healthcare: A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, England, v. 83, p. 34-64, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29684833>. Acesso em: 09 set. 2018.

AMESTOY, C. et al. Liderança na enfermagem: do ensino ao exercício no ambiente hospitalar. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, e20160276. 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=127752022001>. Acesso em: Janeiro 2018

ARBUCKLE, J.L. **IBM SPSS Amos 23 User's Guide**. New York: IBM Corporation. 2014.

AVOLIO, B.J.; WERNISING, T.; GARDNER, W.L. Revisiting the Development and Validation of the Authentic Leadership Questionnaire: Analytical Clarifications. **Journal of Management**, USA, v.44, n. 2, p. 399-411. 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0149206317739960>. Acesso em: 09 set. 2018.

AVOLIO, B.J.; GARDNER, W.L. Authentic leadership development: getting to the root of positive forms of leadership. **The Leadership Quarterly**, USA, v. 16, n. 3, p. 315-38, 2005.

AVOLIO, B.J.; GARDNER, W.L.; WALUMBWA, F. O.; LUTHANS, F.; MAY, D. R. Unlocking the mask: a look at the process by which authentic leader's impact follower attitudes and behaviors. **The Leadership Quarterly**. Palo Alto, USA , v. 15, n. 6, p. 801-823, 2004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1048984304000876>. Acesso em: 10 fev. 2017.

AVOLIO, B.J.; LUTHANS, F.; WALUMBWA, F. **Authentic leadership**: theory building for veritable sustained performance. Lincoln: Gallup Leadership Institute, University of Nebraska-Lincoln, 2004.

AVOLIO, B. J.; LUTHANS, F.; WALUMBWA, F; WERNISING, T.S.; Peterson, S. Authentic Leadership: Development and Validation of a Theory-Based Measure. **Journal of Management**, USA, v. 34, n. 1, p. 89-126, 2008. Disponível em: <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1021&context=managementfacpub>. Acesso em: fev. 2017.

AVOLIO B.J, WALUMBWA F.O, WEBER T.J. Leadership: Current Theories, Research, and Future Directions. **Annu. Rev. Psychol**, USA, v.60, p.421-449, 2009.

- AZANZA, G; MORIANO, J.A; MOLERO, F. Authentic leadership and organizational culture as drivers of employees job satisfaction. **Journal of Work and Organizational Psychology**, Spain, v.29, p.45-50. 2013. Disponível em: http://jwop.elsevier.es/en/authentic-leadership-organizational-culture-as/articulo/S1576596213700070/#.W_R2YjhKjIU. Acesso em: out. 2017.
- BALSANELLI, A.P. Liderança em enfermagem: Desafios e possibilidades (Internet). Editorial. **Acta Paul de Enferm**, São Paulo, v.30, n.1, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307050739001.pdf>. Acesso em: Janeiro 2018.
- BAKARI, H.; HUNJRA, A.I. Authentic Leadership Questionnaire: case of its validation through Structural Equation Modelling; Evidence from Pakistan. **Business & Economic Review**, Pakistan, v.9, n.2, p. 21-48. 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317817203_Authentic_Leadership_Questionnaire_Case_of_its_Validation_through_Structural_Equation_Modelling_Evidence_from_Pakistan. Acesso 10 set. 2018.
- BAMFORD, M.; WONG, C.A.; LASCHINGER, H. The influence of authentic leadership and areas of worklife on work engagement of registered nurses. **Journal of Nursing Management**, Oxford, England v. 21, p. 529-40, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23406200>. Acesso em Out. 2018.
- BARRETO JUNIOR, I. F.; SILVA, Z. P. Reforma do Sistema de saúde e as novas atribuições do Gestor Estadual. **Em Perspectiva**, São paulo, v.18, n.3, p.47-56, 2004.
- BASS, B.M. **Leadership and performance beyond expectations**. New York: Free Press. 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio à descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – **ParticipaSUS**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011. Brasília: **CONASS**, 2011. 291 p
- BROWN, T. A. **Confirmatory Factor Analysis for Applied Research**. New York: The Guilford Press. 2006.
- BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, B. M. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of Dash & Quick DASH outcome Measures**. Institute for Word & Health, 2007.
- BERNARDES; A. et al. Collective and decentralized management model in public hospitals: perspective of the nursing team. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.4, p. 1003-1010, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000400020.

Acesso em: Jan. 2017.

BERNARDES, A. et al. Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital público. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1142-51; 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_17.pdf. Acesso em: Jan. 2017.

BESSEN, F.; TECCHIO, E.; FIALHO, F.A.P. Liderança Autêntica e a gestão do conhecimento. **Gest. Prod**, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 1-13. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-530X2017000100002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: Jan. 2018.

BYRNE, B.M. **Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Application, and Programming** (2nd ed.). New York: Routledge Taylor & Francis Group. 2010.

CAMPOS, C.B., PORTO, J.B. Escala de valores pessoais: Validação da versão reduzida em amostra de trabalhadores brasileiros. **Psyco**, Brasília, v. 41, n 2, p. 208-213. 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5817>. Acesso em: set. 2017.

CARDOSO, A.S.; NASCIMENTO, M.C. Comunicação no programa saúde da família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.1509-1520, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700063. Acesso em: out. 2018.

CARVALHO, A.G.F. et al. Liderança Autêntica e perfil pessoal e profissional de enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, São paulo, v. 29, n. 6, p. 618-25. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/appe/v29n6/1982-0194-appe-29-06-0618.pdf>. Acesso em: out. 2017.

CARRARA, G.L.R. et al. A utilização de instrumentos para avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 38, n. (3), e 2016 – 0060. 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/78043>. Acesso em: Out. 2017.

CAVALCANTI, V.G.S.; VIANA, L.O.; GARCIA NEVES, I. As especialidades e os anexos com a formação contínua do enfermeiro: repercussões para a atuação no município de Rio de Janeiro. **Enfermeria Global**, nº 19, 2010. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eq/n19/pt_revision3.pdf. Acesso em: Out. 2018.

CERVO, C.S.; MÓNICO, L.S.M.; SANTOS, N.R.; HUTZ, C.S.; PAIS, L. AuthenticLeadership Questionnaire: invariance between samples of Brazilian and Portuguese employees. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.29, n.40. 2016. Disponível: <https://prc.springeropen.com/articles/10.1186/s41155-016-0046-4>. Acesso em: Set. 2017.

CHAN, A., HANNAH, S.T.; GARDNER, W.L. Veritable Authentic Leadership Emerge, Functions and impacts. Authentic Leadership Theory and practice: Origins, Effects and Development. In: **Monographs in Leadership and Management**, Oxford, Amsterdam, v 3, . 3-42. 2005.

CHUANG, W.; BIRD, J. J. Multi-level modeling of principal authenticity and teachers' trust and engagement. **Academy of educational leadership journal**, Candler, v. 15, n. 4, p. 125-147, 2011.

COHEN, R.J.; SWERDLIK, M.E.; STURMAN, E.D. **Testagem e avaliação Psicológica**. 8º edição: AMGH, 2014.

CHOI, H.G.; HEE, A.S. Influence of nurse Managers' Authentic Leadership on nurses' Organizational Commitment and job satisfaction: Focused on the mediating effects of empowerment. **J Korean Acad Nurs**, Korea, v. 46, n. 1, p. 100-108, 2016.

CREDE, M.; HARMS, P.D. 25 years of higher-order confirmatory factor analysis in the organizational sciences: a critical review and development of reporting recommendations. **Journal of Organizational Behavior**, Oxford, UK, v.36, p.845-72, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.2008>. Acesso em: 10 Set. 2018.

CUMMINGS, G. et al. Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. **Journal health Service Research Policy**, England, v. 13, n.42, p. 240-248, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18806183>. Acesso em: Set. 2018.

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**, England, v.47, p.363-85. 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748909002831?via%3Dihub>. Acesso em: Jan. 2017.

CUNHA, K, C. **Gerenciamento na enfermagem: novas práticas e competências**. São Paulo: Martinari, 2008.

CUNHA, C. V. M.; SILVA, M. C. A. **O desafio da liderança no mundo corporativo**. Anuário de Produção Acadêmica Docente, v. 4, n. 7, p. 67-88, 2010. Disponível em: <http://repositorio.pgskroton.com.br/bitstream/123456789/1388/1/Artigo%205.pdf>. Acesso em: Jan. 2018.

CUNHA, M.P., REGO, A., LOPES, M.P. Comportamento Organizacional Positivo. **Análise psicológica**, Lisboa, v.4, n. XXXI, p.313-28. 2013. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312013000400001. Acesso em: Jan. 2017.

CURADO, M.A.S.; TELES, J.; MAROCO, J. Análise de variáveis não diretamente observáveis: influência na tomada de decisão durante o processo de investigação. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n.1, p.146-152, 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-146.pdf. Acesso em: 29 ago. 2018.

DALL'AGNOL C.M. et al. Motivations, contradictions and ambiguities in the leadership of nurses in management positions in a university hospital. **Rev Latino Am Enfermagem** [Internet]. v. 21, n.5, p. 1172 -8. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000501172. Citado em: junho 2018.

DIAS, M.A.M.J.; BORGES, R.S.G. Estilos de liderança e desempenho das equipes no setor público. **Revista Eletrônica de Administração – REAd**, Porto Alegre, v.80, n.1, p.200-221, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-23112015000100200&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: Ago. 2017.

DIRIK, H.F.; INTEPELER, S.S. The influence of authentic leadership on safety climate in nursing. **Journal of Nursing Management**, England, v. 25, p. 392-401, 2017. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?term=%22J+Nurs+Manag%22\[Title+Abbreviation\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?term=%22J+Nurs+Manag%22[Title+Abbreviation]). Acesso em: Out. 2018.

DRUCKER, Peter. **Palestras sobre o conhecimento: I, II, III, IV e V** (1989) in Drucker em 33 lições: as melhores aulas do homem que inventou a administração. Edição e introdução de Rick Wartzman. São Paulo. Saraiva, 2011.

DUIGNAN, P. Mainstreaming Evaluation or Building Evaluation Capability? Three Key Elements. p. 7-21, 2003.

EBOLI, C. M.R. **Liderança Autêntica, transformacional e orientada para o resultado: um estudo de seus efeitos interativos sobre o desempenho individual**. 2010, 44f. [Dissertação de Mestrado Profissionalizante]. Programa de Pós-Graduação em Administração das Faculdades Ibmecc. Rio de Janeiro, 2010.

ERTHAL, T.C. **Fundamentos estatísticos para a construção dos testes. Manual de psicometria** 6. Ed. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2001, p.74-130.

ESPER, A. J. F.; CUNHA, C. J. C. A. Liderança Autêntica: uma revisão integrativa **NAVUS - Revista de Gestão e Tecnologia**, Minas Gerais, v. 5, n. 2, p. 60-72, 2015. Disponível em: <http://navus.sc.senac.br/index.php/navus/article/view/254>. Acesso em: Ago. 2017.

FALLATAH, F.; LASCHINGER, H.K.S.; READ, E.A. The effects of authentic leadership, organizational identification, and occupational coping SELF-efficacy on new graduate nurses' job turnover intentions in Canada. **Nursing Outlook**, USA, v.65, p. 172-183, 2017. Disponível em: [https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(16\)30395-5/fulltext](https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(16)30395-5/fulltext). Acesso em: Out. 2018.

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of life. Assessment, analysis, and interpretation. The assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes**. 2 nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2007.

FIOCRUZ. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. 2018. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>. 2018.

GARDNER, M. *On Leadership*. New York, 1990.

GARDNER, W. L. et al. Can you see the real me? A SELF-based model of authentic leaders and follower development. **The Leadership Quarterly**, USA, v. 16, n. 3, p. 343-372, 2005a.

GARDNER, W. L. et al. **Authentic leadership theory and practice: origins, effects, and development**, Oxford, UK: Elsevier.2005b.

GARDNER, W. L. & SCHERMERHORN, J. R. Unleashing Individual Potencial: Performance Gains Through Positive Organizational Behavior and Authentic Leadership. **Organizational Dynamics**. v.33, n. 3, p. 270-281. 2004.

GAUDENCIO, P. **Superdicas para se tornar um verdadeiro líder**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

GOMES, A.P.; DEWES, F. Estilos de Liderança: estudo de caso em uma cooperativa de saúde. **Revista de Administração de Empresas Eletrônica – RAEE**. Rio Grande do Sul, v. n.7, 2017. Disponível em: <https://seer.faccat.br/index.php/administracao/article/view/681>. Acesso em Ago. 2018.

GUIMARÃES, G. **Liderança positiva para atingir resultados excepcionais**, São Paulo: Évora, 2012. 192p.

GIALONARDO, L.M.; WONG, C.A.; IWASIW, C.L. Authentic leadership of preceptors: predictor of new graduate nurses work engagement and job satisfaction. **Journal of nursing management**. Oxford, England, v.18, p.993-1003. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21073571>. Acesso em: Out. 2018.

HAIR, J. F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman.2005.

HAIR, J. F. et al. **Análise Multivariada de Dados** (6th ed.). Porto Alegre: Bookman. 2009.

HARTER, S. **Authenticity**. In: SNYDER, C.; LOPEZ, S. *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis,v.18, n.2, p.258-65, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08.pdf>. Acesso em: out. 2016.

HERSEY, P; BLANCHARD, K.H. **Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional**. São Paulo (SP): Pedagógica e Universitária;1986.

HOFMEYER, A.; MARCK, P.B. Building social capital in healthcare organizations: thinking ecologically for safer care. **Nurs Outlook**. New York, USA. v. 56, p.154-51, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18675014>. Acesso em: Out. 2018.

HUBER, D. **Leadership and nursing care management**. 5ed. Elsevier Health Sciences, 2013.

HUGHES, R.; GINNETT, R.; CURPHY, G. **Leadership: enhancing the lessons of experience**. Boston: McGraw-Hill, Irwin, 2005.

HUMAP, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Sobre o Hospital. Disponível em: www.ebserh.gov.br/web/humap. Acesso: Agosto 2016.

ILIES, R.; MORGESON, F.T.; NAHRGANG, J. D. Authentic leadership and eudaemonic well-being: understanding leader-follower outcomes. **The Leadership Quarterly**, England, v. 16, n. 1, p. 373-394, 2005.

KEEGAL, T. Poor performance: managing the first informal stages. **Primary Health Care**, v. 23, n. 4, p. 32-39, 2013.

KERNIS, M.H., & GOLDMAN, B.M. A multicomponent conceptualization of authenticity: Theory and research. In M. P. Zanna (Ed.), **Advances in experimental social psychology** (pp. 284-357). San Diego: Elsevier Academic Press. 2006.

KLINE, R.B. (2011). **Principles and Practice of Structural Equation Modeling** (3rd ed.). New York: The Guilford Press.

KUTZIN; J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. **Bull World Health Organ**, Switzerland, v.91, p.602–611, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3738310/>. Acesso em: 10 out. 2018.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. Liderança do Enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-AM. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n.3, tela 1 a 8, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000300026&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: Out. 2018.

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**, England, v.52, p. 1080-89, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915000644?via%3Dihub>. Acesso em: Out. 2018.

LASCHINGER, H.K.S.; WONG, C.A.; GRAU, A.L. Authentic Leadership, empowerment and burnout: a comparison in new graduates and experienced nurses. **Journal of nursing management**, England, v. 21, p. 541-552, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23405976>. Acesso em: Out. 2018.

LASCHINGER, H.K.S.; FIDA, R. Linking nurses' Perceptions of Patient care Quality to Job Satisfaction. **JONA**, USA, v. 45, n.5, p. 276-83. 2015.

LISHCHINSKY, O.S. Simulations in nursing practice: toward authentic leadership. **Journal of nursing management**, England, v.22, p.60-69, 2014.

LYNCH, B.M.; McCORMACK, B.; McCANCE, T. Development of a model of situational leadership in residential care for older people. **Journal of Nursing Management**, England, v. 19, p. 1058-1069, 2011.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v. 14, p. 1463-72, 2009. suppl.1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800019&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: ago. 2017.

LOUREIRO, A. **Porque poupamos energia? Altruísmo, Ambientalismo e Contexto na Explicação do Comportamento de Poupança de Energia**. 2010, 205f (Tese de Doutorado). ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa. Portugal. 2010.

LUTHANS, F.; AVOLIO, B. Authentic leadership development. In: CAMERON, K. S.; DUTTON, J. E. **Positive organizational scholarship**. San Francisco: Berrett-Koehler, p. 241-254, 2003.

MAGALHÃES, A.M.M.; DUARTE, E.R.M. Tendências Gerenciais que podem levar a Enfermagem a percorrer novos caminhos. Brasília (DF). **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.57, n.4, p.408-11, 2004.

MANOLA, C.C.V.; MOREIRA, S.A.S. Liderança: Uma abordagem entre líderes e liderados à luz do Grid Gerencial. **REUNA**, Belo Horizonte, v.19, n.4, p. 183-204, edição especial sobre Liderança. 2014.

MALIK, N.; DHAR, R.L.; HANDA, S.C. Authentic leadership and its impact on creativity of nursing staff: A cross sectional questionnaire survey of indian nurses and their supervisors. **International Journal of Nursing Studies**, England, v. 63, p. 28-36, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27569288>. Acesso em. Out. 2017.

MALILA, N.; LUNKKA, N.; SUHONEN, M. Authentic leadership in healthcare: a scoping review. **Leadership in Health Services**, Bradford, England, v. 31, n.1, p: 129-46, 2017.

MARÔCO, J. Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações (2nd ed.). **Pêro Pinheiro**: ReportNumber. 2014.

MARQUIS, B.; HUSTON, C.J. Visões clássicas de Liderança e administração. In: Administração e Liderança em Enfermagem. Teoria e Prática. 8º Edição. Artmed, 2015.

MATOS, E.; PIRES, D.E.P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.2, p. 338-46. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000200018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: Ago. 2017.

MAXIMIANO, A.C.A. **Teoria Geral da Administração: da revolução urbana à revolução digital**, 7º ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MAXWELL, J. C. **O livro de ouro da liderança**. 2.ed. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil, 2011.

MAY, D. R. et al. Developing the moral component of authentic leadership. **Organizational Dynamics**, v.32, p. 247-260, 2003.

MEDEIROS AC DE, PEREIRA QLC, SIQUEIRA HCH DE, CECAGNO D, MORAES CL. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev bras enferm** [online], Brasília, v.63, n.1: 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100007. Acesso em: Fev. 2016.

MENDES, K.D.; SILVEIRA, R.C.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n.4, p.758-64, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018. Acesso em: Fev. 2016.

MEURER, S.T. et al. Validade de Construto e Consistência Interna da Escala de Autoestima de Rosenberg para uma População de Idosos Brasileiros Praticantes de Atividades Físicas. **Motricidade**, v. 8, n. 4, pp. 5-15, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CNES – Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde. Estabelecimento de saúde do município: Campo Grande. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=50&VCodMunicipio=500270&NomeEstado=. Acesso em novembro de 2018.

MITCHIE, S.; GOOTY, J. Values, emotions, and authenticity: will the real leader please stand up? **Leadership quarterly**, Amsterdam, v. 16, n. 3, p. 441-457, 2005.

MONTEIRO, E. A. **Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal em uma amostra de cuidadores brasileiros**. 2014. 179 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

MORTIER, A.V.; VLERICK, P.; CLAYS, E. Authentic leadership ant thriving among nurses: the mediating role of empathy. **Journal of nursing Management**, England, v. 24, p. 357-365, 2016. Disponível: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12329>. Acesso em: out. 2017.

MOURA, G.M.S.S. et al. A face oculta de um processo participativo para escolha de chefias de enfermagem. **Texto & contexto enferm** (online), Florianópolis, v.21, n.3,

2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a06>. Acesso em: 10 out. 2018.

MUNIR, F. et al. Mediating the effects of work-life conflict between transformational leadership and health-care workers job satisfaction and psychological wellbeing. **Journal of Nursing Management**, England, v. 20, 512-21. 2012.

NEIDER, L. L., & SCHRIESHEIM, C. A. The authentic leadership inventory (ALI): Development and empirical tests. **Leadership Quarterly**, England, v.22, p.1146-1164, 2011.

NETO, G. V.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

PASQUALI, L. **Psicomteria: Teoria dos testes na psicologia e na educação**. 3º ed. Petrópolis: vozes, 2009.

PASQUALI, L. **Psicomteria: Teoria dos testes na psicologia e na educação**. 5º ed. Petrópolis: vozes, 2013.

PAULA, G.F. et al. Concepções de Liderança entre enfermeiros assistenciais de um hospital do Norte de Minas Gerais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 821-30. 2012. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/15102>. Acesso em: 10 out. 2018.

PRIMI, R., MUNIZ, M., & NUNES, C. H. S. S. **Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos**. Em C. S. Hutz (Org.), *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica* (pp. 243-265). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2009.

RAHMAN, F.; ABIODULLAH, M.; QURAISHI, U. Authentic leadership for democracy in schools. **Academic leadership, Hays**, v. 8, n. 2, p. 342-350, 2010. Disponível em: <https://scholars.fhsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1403&context=alj>. Acesso em: set. 2016.

READ, E.A.; LASCHINGER, H.K.S. The influence of authentic leadership and empowerment on nurses' relational social capital, mental and job satisfaction over the first year of practice. **Journal of Advanced Nursing**, England, v.71, n.7, p. 1611-23, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25656433>. Acesso em: 09 set 2017.

REGAN, S.; LASCHINGER, H.K.S.; WONG, C.A. The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. **Journal of Nursing management**, England, v. 24, p. 54-61, 2016.

REGO, A. et al. Authentic leadership promoting employees Psychological capital and creativity. **Journal of Business Research**, v. 65, n. 1, p. 429-437, 2012.

ROBBINS, S. P.; JUDGE, T. A.; SOBRAL, F. **Comportamento organizacional: teoria e prática no contexto brasileiro**. 14 ed. São Paulo: Person Prentice Hall, 2010.

SAMPIERI, R. H., COLLADO, C. F., & LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. (3. ed.). São Paulo: MacGraw-Hill. 2006.

SANTA CASA CG. O hospital. Disponível em: <http://santacasacg.org.br/canal/o-hospital>. Acesso: agosto 2016.

SAPNAS, K. G.; ZELLER, R. A. Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. **Journal of Nursing Measurement**, USA, v. 10, n. 2, p. 135-154, 2002.

SCHULMAN, M. **How we become moral: The sources of moral motivation**. In C. R. Synder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. p. 499 – 512. Oxford, UK7 Oxford University Press. 2002.

SCHWARTZ, S.H. et al. Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement. **Journal Of Cross-Cultural Psychology**, v.32, n. 5, p. 519- 542. 2001.

SEGABINAZI, J. D. et al. Escala de afetos positivos e negativos para adolescentes: Adaptação, normatização e evidências de validade. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v.11, n.1, p.1-12. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000100002. Acesso em: 15 ago. 2017.

SHIREY, M.R. Authentic Leaders Creating Healthy work environments for nursing practice. **American Journal of Critical Car**, v.15, n.3, 2006.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L.; COOK, S.; KIDDER, L. Cap. 8 “Questionários e entrevistas”, in **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. Vol. 2 – Medidas na pesquisa social. São Paulo: EPU – Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1987.

SILVA MOISÉS, M., MEDEIROS, S.M.; CARTAXO DE FREITAS, J.A. Influência do contexto de trabalho na saúde dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva em um hospital universitário. *Enfermeria Global*, n.32, p. 198-210, 2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_administracion2.pdf. Acesso em: out. 2018.

SILVA V.L.S. et al. Leadership practices in hospital nursing: a SELF of manager nurses. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v.51, 2017; 51:e03206. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100407&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 July 2018.

SKAKON J. et al. Are leaders' well-being, behaviors and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. **Work & Stress**. v. 24, p.107–139. 2010.

SPARROWE, R. T. Authentic leadership and the narrative SELF. **The Leadership Quarterly**, England, v. 16, n.3, p. 419-39. 2005.

STRAPASSON, M. R; MEDEIROS, C. R. G. Liderança transformacional na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.2, p. 228- 233, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200009. Acesso em: Jan. 2017.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**, England, v. 80, p. 217-222. 2003.

SHAMIR, B.; EILAM, G. "What's your story?" A life-stories approach to authentic leadership development. **The leadership quarterly**, Amsterdam, v. 16, n. 3, p. 395-417, 2005.

STEWART, J. **Transformational Leadership: An Envolving Concept Examined Through the Works of Burns**, Bass, Avolio, and Leithwood. 2010. Disponível em: <http://www.eric.ed.gov>. Acesso em: julho 2016.

SOBRAL, F. J. B. A.; GIMBA, R. F. As prioridades axiológicas do líder autêntico: um estudo sobre valores e liderança. **Rev. Adm. Mackenzie**., São Paulo, v. 13, n. 3, p. 96-121. 2012.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. [Dissertação]. 2005, 130f. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

VAGHETTI, H.H . Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. **Acta paul enferm**, São Paulo, v.24, n.1, p.87-93. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000100013&script=sci_abstract&tlng=pt/. Acesso em: 10 Fec. 2017.

VIZEU, F. Uma aproximação entre liderança transformacional e Teoria da Ação Comunicativa. RAM, **Rev. Adm. Mackenzie**, São Paulo, v. 12, n.1, p. 53-81. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1678-69712011000100003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 set. 2018.

WALUMBWA, F. et al. Authentic leadership: development and validation of a theory-based measure. **Journal of Management**, Columbia, v. 34, n. 1, p. 89-126, 2008.

WALUMBWA, O.F.; WANG, P.; WANG, H.; SCHAUBROECK, J.; AVOLIO, B.J. Psychological processes linking authentic leadership to follower behaviors. **Leadership Quart**, England, v.21, p.901-14, 2010.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**, England, v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>. Acesso em: out. 2018.

WONG; C.A., CUMMINGS; G.G. The influence of authentic leadership behaviors on trust and work outcomes of health care staff. **Journal of leadership studies**, v.3,n.2, p. 6-23. 2009.

WONG, C.A.; GIALONARDO, L.M. Authentic leadership and nurse-assessed adverse patient outcomes. **Journal of Nursing Management**, England, v. 21, n.5, p.740-52, 2013.

WONG; C.A., LASCHINGER; H., CUMMINGS; G.G., VINCENT; L., O'CONNOR; P. Decisional involvement of senior nurse leaders in Canadian acute care hospitals. **Journal of Nursing Management**, England, v.18, p.122-133, 2010.

WONG, C.A.; LASCHINGER, H.K.S.; CUMMINGS, G.G. Authentic leadership and nurses' voice behavior and perceptions of care quality. **Journal of Nursing Management**, England, v.18, p.889-900, 2010

WONG, C. A. LASCHINGER, H. K. S. Authentic leadership, performance, and job satisfaction: the mediating role of empowerment. **Journal of Advanced Nursing**., v. 69, n. 4, p. 947-959, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2012.06089.x>. Acesso em: Jan. 2018.

WONG, C.A.; GIALONARDO, L.M. Authentic leadership and nurse-assessed adverse patient outcomes. **Journal of Nursing Management**, England, v.21, p. 740-52, 2013

APÉNDICES

10 APÊNDICES

APÊNDICE A: Solicitação da Orientadora para utilizar o Questionário de Liderança Autêntica em suas duas versões (ALQ SELF e ALQ RATER) na Enfermagem brasileira

23/01/2018

E-mail de Universidade de São Paulo - Formal authorization

Rosane Maria Andrade Vasconcelos <rosane.vasconcelos@usp.br>

Formal authorization

10 mensagens

Andrea Bernardes <andreab@eerp.usp.br>
Para: bavolio@u.washington.edu

6 de março de 2014 12:36

Hi Dr. Avolio,

My name is Andrea Bernardes and I am a professor from University of São Paulo, Brazil, College of Nursing. I have a research group which studies Leadership, but we do not have a validated instrument in Portuguese that addresses Authentic Leadership.

I am carrying out a research in Canada about Leadership and Participatory Management Models and we are using your instrument in English. Because it is a comparative study, we need to translate and validate the Authentic Leadership Questionnaire to portuguese in order to use in Brazil.

As you can see attached, we have the permission to use the questionnaire given by Mindgarden. Do I need your formal authorization to use this instrument? If you agree with the permission given by Mindgarden, can you send us the original study in which the questionnaire was used? We intend to apply here in Brazil using similar parameters.

Also, I would like to assure you that the instrument will be back translated into English by an independent specialist and reviewed by you.

Dr. Avolio, I am advising a PhD student who is conducting this study. She intends to complement her Doctoral program in USA, so she can learn more about this topic. Is it possible for you to advise this student next year for 6 months? Our graduate program here allows and encourages the students to go to an important University to deepen the knowledge about the theme, methods, theoretical framework...

I appreciate your attention. I will keep waiting your response.

Thank you so much.

Warm regards, Prof. Andrea Bernardes

Profa. Dra. Andrea Bernardes
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing
WHO Collaborating Centre for Nursing Research Development.
Fone: (5516) 36023471

ALQForm (Lideranca - Dr. Avolio).pdf

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido Enfermagem - Estudo de campo

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Termo de Consentimento Livre Esclarecido Enfermagem - Estudo de campo

Eu, Vanessa Gomes Maziero, enfermeira, **doutoranda do programa de pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP)**, gostaria de convidar o (a) senhor (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa.

Após o (a) senhor (a) ser esclarecido (a) sobre as informações descritas na frente e no verso deste documento, solicito que se o (a) senhor (a) aceitar participar deste estudo, por favor, assine este documento. Esse documento possui duas vias com duas páginas cada (impressa em ambos os lados - frente e verso), ambas as vias deverão ser rubricadas por você e pelo pesquisador e a última página de ambas as vias devem ser assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Uma dessas vias é do (a) senhor (a) e a outra via é da pesquisadora. O (a) senhor (a) não é obrigado (a) a participar. Em caso de dúvidas relacionados aos princípios da pesquisa, o (a) senhor (a) pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) pelo telefone (16) 3315 9197, de segunda à sexta-feira das 8h às 17h, o qual fica localizado na Av. Bandeirantes, 3900 em Ribeirão Preto/SP.

Título do Projeto: Análise da Validade e da Confiabilidade do instrumento Questionário de Liderança Autêntica.

Pesquisadores: Vanessa Gomes Maziero: Pesquisadora responsável, enfermeira, doutoranda em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Em caso de dúvidas, em qualquer fase do estudo você poderá entrar em contato no e-mail: vamaziero@usp.br; Professora Doutora Andrea Bernardes: Orientadora do projeto / Docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Em caso de dúvidas, em qualquer fase do estudo você poderá entrar em contato no telefone (16) 3315 3471 ou, ainda, no e-mail: andreab@eerp.usp.br.

Esta pesquisa pretende Testar a dimensionalidade e consistência interna do *Questionário de Liderança Autêntica (ALQ)* após sua adaptação cultural para o português do Brasil. Objetiva compreender a Liderança Autêntica nos enfermeiros. Esse questionário já é utilizado em vários países do mundo, mas para ser usado no Brasil, é necessário que seja avaliado por diferentes profissionais da enfermagem.

Antes de entrarmos em contato com você, informamos que buscamos informações junto ao setor de Recursos Humanos deste hospital e verificamos que você preenche os requisitos mínimos

necessários para participar desse estudo, que é ser funcionários componentes da equipe de enfermagem subordinado ao enfermeiro gestor e/ou turno das instituições. Desta forma, gostaríamos de convidá-lo a participar desta pesquisa.

Caso você concorde em participar, você receberá um envelope contendo um questionário para responder sobre suas características profissionais/pessoais, outro questionário para avaliar a adequação do Questionário de Liderança Autêntica.

Caso não aceite participar, não será necessário responder os questionários acima mencionados. É esperado que o (a) senhor (a) demore em torno de 45 minutos para responder todas as perguntas.

Além disso, gostaríamos também de solicitar a sua autorização para que possamos analisar as informações contidas nas suas respostas.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, não trará gastos financeiros e você não terá nenhum tipo de remuneração. Todas as suas dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas a qualquer momento pelas pesquisadoras, nos telefones citados anteriormente. Teremos o compromisso de que o (a) senhor (a) será devidamente orientado (a) com relação ao tema, se isso for do seu interesse.

Não é esperado que o (a) senhor (a) receba benefícios diretos (remuneração) pela sua participação nesta pesquisa, entretanto, acreditamos que com este estudo será possível que os profissionais da enfermagem se sensibilizem para adoção de um estilo transformador, participativo e motivador.

Os riscos esperados pela sua participação nesta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados com a possibilidade do (a) senhor (a) sentir-se triste, ansioso ou desconfortável com perguntas de cunho pessoal, contidas nos questionários. Se o (a) senhor (a) se sentir triste ou ansioso ao responder as perguntas, estaremos ao seu lado para te ouvir e dar todo o apoio necessário, entretanto, se isso não for suficiente, entraremos em contato com a equipe médica para que eles te avaliem. Além disso, garantimos a sua total privacidade e manteremos sigilo sobre as informações aqui fornecidas. Além disso, o (a) senhor (a) terá total liberdade para aceitar ou não participar desta pesquisa e de deixar de participar a qualquer momento sem precisar se justificar, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem ser prejudicado (a) no seu local de trabalho e em nenhuma outra forma de prejuízo.

O senhor (a) possui direito à indenização caso ocorra danos decorrentes da participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Os resultados do estudo serão utilizados para fins científicos e serão divulgados em eventos, revistas e meios de comunicação, no entanto, o (a) senhor (a) terá a segurança de não ser identificado (a) em nenhum momento e de que será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à sua privacidade.

Comprometemo-nos a prestar-lhe informação atualizada durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade de continuar participando da pesquisa. Se o (a) senhor (a) se sentir prejudicado por ter participado desta pesquisa, o (a) senhor (a) poderá buscar indenização de acordo com as leis vigentes no Brasil.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-EERP) que apresenta como finalidade proteger eticamente os participantes de pesquisas.

Nome do participante

Assinatura do participante

Data

Vanessa Gomes Maziero

Data

Pesquisadora Responsável

Doutoranda em Enfermagem Fundamental (EERP-USP)

APÊNDICE C – Roteiro sociodemográfico dos Enfermeiros participantes da pesquisa

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número:

Entrevistador:

Data do contato:

INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO (A)

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo

1 ☐ Masculino 2. ☐ Feminino

Maior titulação

1. ☐ Nenhuma titulação
2. ☐ Especialização/ residência
3. ☐ Mestrado
4. ☐ Doutorado
5. ☐ Pós-doutorado

Setor de Trabalho:

- 1 ☐ Unidade de Internação Adulto
- 2 ☐ Pronto Atendimento Médico
- 3 ☐ Clínica Cirúrgica
- 4 ☐ Centro cirúrgico
- 5 ☐ Materno-Infantil
- 6 ☐ Unidade de Terapia Intensiva
- 7 ☐ Unidade Coronariana
- 8 ☐ Administração/ Direção
- 9 ☐ Outro

Turno de Trabalho:

1 ☐ Integral 2 ☐ Manhã 3 ☐ Tarde 4 ☐ Noite

Experiência Profissional:

- 1 ☐ Menos de 1 ano 2 ☐ 1 a 5 anos 3 ☐ 5 a 10 anos 4 ☐ 10 a 20 anos
- 5 ☐ Acima de 20 anos

Tempo de atuação no Hospital do Estudo

- 1 ☐ Menos de 1 ano 2 ☐ 1 a 5 anos 3 ☐ 5 a 10 anos 4 ☐ 10 a 20 anos
- 5 ☐ Acima de 20 anos

Régua - Espaço entrevistador

DN	Sexo	Maior titulação	Setor	Turno	Tempo Experiência	Tempo Hosp Estudado

APÊNDICE D - Tabelas análise descritiva resultados.**Sexo**

		n	%	% válida	% acumulativa
Válido	Feminino	145	80,1	81,0	81,0
	Masculino	34	18,8	19,0	100,0
	Total	179	98,9	100,0	
Omisso	Missing	2	1,1		
Total		181	100,0		

Maior titulação

		n	%	% válida	% acumulativa
Válido	Nenhuma titulação	21	11,6	11,7	11,7
	Especialização/ residência	138	76,2	76,7	88,3
	Mestrado/Doutorado	21	11,6	11,7	100,0
	Total	180	99,4	100,0	
Omisso	Sistema	1	0,6		
Total		181	100,0		

Setor de Trabalho

		n	%	% válida	% acumulativa
Válido	Administração/ Direção	6	3,3	3,3	3,3
	Clínica/centro Cirúrgica	20	11,0	11,0	14,4
	Materno-Infantil	23	12,7	12,7	27,1
	Outro	41	22,7	22,7	49,7
	Pronto Atendimento	9	5,0	5,0	54,7
	Médico				
	Unidade Coronariana	12	6,6	6,6	61,3
	Unidade de Internação	29	16,0	16,0	77,3
	Adulto				
	Unidade de Terapia	41	22,7	22,7	100,0
	Intensiva				
Total		181	100,0	100,0	

Turno de Trabalho

		n	%	% válida	% acumulativa
Válido	Integral	23	12,7	12,8	12,8
	Manhã	58	32,0	32,2	45,0
	Noite	57	31,5	31,7	76,7
	Tarde	42	23,2	23,3	100,0

Total	180	99,4	100,0
Omisso Missing	1	0,6	
Total	181	100,0	

Experiência Profissional

		n	%	% válida	% acumulativa
Válido	Menos de 1 ano	13	7,2	7,2	7,2
	De 1 a 5 anos	45	24,9	25,0	32,2
	5 a 10 anos	52	28,7	28,9	61,1
	De 10 a 20 anos	56	30,9	31,1	92,2
	Acima de 20 anos	14	7,7	7,8	100,0
	Total	180	99,4	100,0	
Omisso	Missing	1	0,6		
Total		181	100,0		

Tempo de atuação no Hospital do Estudo

		n	%	% válida	% acumulativa
Válido	Menos de 1 ano	30	16,6	16,6	16,6
	De 1 a 5 anos	108	59,7	59,7	76,2
	5 a 10 anos	13	7,2	7,2	83,4
	Acima de 10 anos	30	16,6	16,6	100,0
	Total	181	100,0	100,0	

Identificação da instituição

		n	%	% válida	% acumulativa
Válido	HU	115	63,5	63,5	63,5
	Santa Casa	66	36,5	36,5	100,0
	Total	181	100,0	100,0	

APÊNDICE E – Ilustrações dos Modelos AFC.

. Modelos originais

Ra_0

Orthogonal First-Order Model (Rater)
 $\chi^2(104)=804,845$; $p=.000$; $\chi^2_{df}=7,739$
 CFI=,588; TLI=,525; MECVI=4,864
 RMSEA=,193; $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,000$

Rb_0

Single-Factor Model (Rater)
 $\chi^2(104)=414,908$; $p=,000$; $\chi^2df=3,989$
 CFI=,817; TLI=,789; MECVI=2,698
 RMSEA=,129; $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,000$

Rc_0

Higher-Order Model (Rater)
 $\chi^2(100)=365,829$; $p=,000$; $\chi^2df=3,658$
 CFI=,844; TLI=,813; MECVI=2,474
 RMSEA=,122; $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,000$

Rd_0

Oblique Lower-Order Model (Rater)
 $\chi^2(98)=349,605$; $p=,000$; $\chi^2df=3,567$
 CFI=,852; TLI=,819; MECVI=2,409
 RMSEA=,119; $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,000$

Re_0

Bi-Factor Model (Rater)
 $\chi^2(88)=206,614$; $p=,000$; $\chi^2df=2,348$
 CFI=,930; TLI=,905; MECVI=1,737
 RMSEA=,087; $P(\text{rmsea} \leq 0,05)=,000$

Sa_0

Orthogonal First-Order Model (Self)
 $\chi^2(104)=462,121$; $p=,000$; $\chi^2/df=4,443$
 CFI=,559; TLI=,491; MECVI=2,960
 RMSEA=,138; $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,000$

Sb_0

Single-Factor Model (Self)
 $\chi^2(104)=417,256$; $p=,000$; $\chi^2/df=4,012$
 CFI=,614; TLI=,555; MECVI=2,711
 RMSEA=,129; $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,000$

Sc_0

Higher-Order Model (Self)
 $\chi^2(100)=304,658$; $p=,000$; $\chi^2df=3,047$
 CFI=,748; TLI=,698; MECVI=2,134
 RMSEA=,107; $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,000$

Sd_0

Oblique Lower-Order Model (Self)
 $\chi^2(98)=281,420$; $p=,000$; $\chi^2/df=2,872$
 CFI=,774; TLI=,723; MECVI=2,030
 RMSEA=,102; $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,000$

Se_0

Bi-Factor Model (Self)
 $\chi^2(88)=215,816$; $p=,000$; $\chi^2df=2,452$
 CFI=,843; TLI=,785; MECVI=1,788
 RMSEA=,090; $P(\text{rmsea} \leq 0,05)=,000$

Modelos modificados

Ra_1

Orthogonal First-Order Model (Rater)

 $\chi^2(77)=643,706$; $p=,000$; $\chi^2 df=8,360$

CFI=,622; TLI=,553; MECVI=3,916

RMSEA=,202; $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,000$

Rb_1

Single-Factor Model (Rater)
 $\chi^2(70)=129,106$; $p=,000$; $\chi^2df=1,844$
 CFI=,961; TLI=,949; MECVI=1,141
 RMSEA=,068; $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,053$

Rc_1

Higher-Order Model (Rater)
 $\chi^2(df) = \text{cmin}; p = p; \chi^2df = \text{cmin df}$
 $CFI = \text{cfi}; TLI = \text{tli}; MECVI = \text{mecvi}$
 $RMSEA = \text{rmsea}; P(\text{rmsea} \leq 0.05) = \text{pclose}$

Rd_1

Oblique Lower-Order Model (Rater)

 $\chi^2(48)=111,058$; $p=,000$; $\chi^2/df=2,314$

CFI=,947; TLI=,928; MECVI=,976

RMSEA=,085; $P(rmsea \leq 0.05)=,004$

Re_1

Sa_1

Orthogonal First-Order Model (Self)
 $\chi^2(65)=304,741$; $p=,000$; $\chi^2df=4,688$
 CFI=,633; TLI=,560; MECVI=2,006
 RMSEA=,143; $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,000$

Sb_1

Single-Factor Model (Self)
x²(9)=20,726; p=,014; x²df=2,303
CFI=,967; TLI=,945; MECVI=,254
RMSEA=,085; P(rmsea<=0.05)=,104

Sc_1

Sd_1

Oblique Lower-Order Model (Self)
 $\chi^2(38)=76,676$; $p=,000$; $\chi^2_{df}=2,018$
 CFI=,930; TLI=,899; MECVI=,759
 RMSEA=,075; $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,047$

Se_1

**APÊNDICE F – Versão ALQ SELF – Questionário de Liderança Autêntica
versão validada “Avaliando meu jeito de liderar”.**

QUESTIONÁRIO DE LIDERANÇA AUTÊNTICA

VERSÃO 1.0

AVALIANDO MEU JEITO DE LIDERAR

Nome: _____ **Data:** _____

Identificação da instituição #: _____

Identificação do participante #: _____

Instruções: Os itens do questionário abaixo se referem ao seu estilo de liderança, da forma como você o percebe.

Por favor, classifique com que frequência cada afirmação se assemelha ao seu estilo de liderança conforme a escala a seguir:

Raramente/nunca	De vez em quando	Às vezes	Frequentemente	Muitas vezes, quase sempre
0	1	2	3	4

Como líder eu:

1.	.....	0	1	2	3	4
2.	Incentivo todos a falarem o que pensam.....	0	1	2	3	4
3.	.....	0	1	2	3	4
4.	.....	0	1	2	3	4
5.	.....	0	1	2	3	4
6.	.....	0	1	2	3	4
7.	Ouçõ atentamente a diferentes ideias/pontos de vista antes de chegar a uma conclusão.....	0	1	2	3	4
8.	.....	0	1	2	3	4
9	.....	0	1	2	3	4
10	.....	0	1	2	3	4

Direitos autorias © 2007 Questionário de Liderança Autêntica (ALQ) por Bruce J. Avolio, William L. Gardner, & Fred. O. Walumbwa. Todos os direitos são reservados em todas as mídias. Distribuído por Mind Gardner, Inc. www.mindgarden.com. Alterado com permissão do editor.

**APÊNDICE G - Versão ALQ RATER – Questionário de Liderança Autêntica
versão validada “Avaliando o seu líder”.**

QUESTIONÁRIO DE LIDERANÇA AUTÊNTICA

VERSÃO 1

AVALIANDO O SEU LÍDER

Nome do líder: _____ **Data:** _____

Identificação da instituição #: _____

Identificação do participante #: _____

Instruções: Os itens do questionário abaixo se referem ao estilo de liderança do seu líder, da forma como você o percebe.

Por favor, classifique com que frequência cada afirmação se assemelha ao estilo de liderança dele/dela conforme a escala a seguir:

Raramente/nunca	De vez em quando	Às vezes	Frequentemente	Muitas vezes, quase sempre
0	1	2	3	4

Meu líder:

1	Admite erros quando eles acontecem.....	0	1	2	3	4
2	.....	0	1	2	3	4
3	.....	0	1	2	3	4
4	.....	0	1	2	3	4
5	.....	0	1	2	3	4
6	.....	0	1	2	3	4
7	Analisa informações relevantes antes de tomar uma decisão.....	0	1	2	3	4
8	.....	0	1	2	3	4
9	.....	0	1	2	3	4
10	Sabe quando é hora de reavaliar seu posicionamento sobre assuntos importantes	0	1	2	3	4
11	.....	0	1	2	3	4

Direitos autorias © 2007 Questionário de Liderança Autêntica (ALQ) por Bruce J. Avolio, William L. Gardner, & Fred. O. Walumbwa. Todos os direitos são reservados em todas as mídias. Distribuído por Mind Gardner, Inc. www.mindgarden.com. Alterado com permissão do editor.

ANEXOS

11 ANEXOS

ANEXO A – Authentic Leadership Questionnaire (ALQ) – Versão *SELF*

(Versão original)

Bruce J. Avolio, Ph.D.

Name: _____ Date: _____

Organization ID #: _____ Person ID # _____

Instructions: The following survey items refer to your Leadership style, as you perceive it.

Please judge how frequently each statement fits your leadership style using the following scale:

Not at all	Once in a while	Sometimes	Fairly often	Frequently, if not always
0	1	2	3	4

As a leader I:

1.....	0	1	2	3	4
2.....	0	1	2	3	4
3 Encourage everyone to speak their mind.....	0	1	2	3	4
4.....	0	1	2	3	4
5.....	0	1	2	3	4
6.....	0	1	2	3	4
7.....	0	1	2	3	4
8.....	0	1	2	3	4
9.....	0	1	2	3	4
10.....	0	1	2	3	4
11.....	0	1	2	3	4
12.....	0	1	2	3	4
13 Seek feedback to improve interactions with others.....	0	1	2	3	4
14 Accurately describe how others view my capabilities.....	0	1	2	3	4
15.....	0	1	2	3	4
16.....	0	1	2	3	4

ANEXO B – Authentic Leadership Questionnaire (ALQ) – Versão RATER*(Versão Original)*

Bruce J. Avolio, Ph.D.

Leader Name: _____ Date: _____

Organization ID #: _____ Person ID # _____

Instructions: The following survey items refer to your leader's style, as you perceive it.**Judge how frequently each statement fits his or her leadership style using the following scale:**

Not at all	Once in a while	Sometimes	Fairly often	Frequently, if not always
0	1	2	3	4

My leader:

1.....	0	1	2	3	4
2Admits mistakes when they are made.....	0	1	2	3	4
3.....	0	1	2	3	4
4.....	0	1	2	3	4
5.....	0	1	2	3	4
6.....	0	1	2	3	4
7.....	0	1	2	3	4
8.....	0	1	2	3	4
9.....	0	1	2	3	4
10.....	0	1	2	3	4
11Analyzes relevant data before coming to a decisions.....	0	1	2	3	4
12.....	0	1	2	3	4
13.....	0	1	2	3	4
14.....	0	1	2	3	4
15Know when it is time to review his/her position on important issues.....	0	1	2	3	4
16	0	1	2	3	4

Copyright © 2007 Authentic Leadership Questionnaire (ALQ) by Bruce J. Avolio, William L. Gardner, & Fred. O. Walumbwa. All rights reserved in all medium. Distributed by Mind Garden, Inc. www.mindgarden.com.

ANEXO C – Autorização dos autores do Authentic Leadership Questionnaire para validação das duas versões (SELF e RATER) do instrumento na Enfermagem.

For use by Vanessa Maziero only. Received from Mind Garden, Inc. on November 14, 2018

**Permission for Vanessa Maziero to reproduce 1 copy
within one year of November 14, 2018**

For Publications:

We understand situations exist where you may want sample test questions for various fair use situations such as academic, scientific or commentary purposes. No items from this instrument may be included in any publication without the prior express written permission from Mind Garden, Inc. Please understand that disclosing more than we have authorized will compromise the integrity and value of the test.

For Dissertation and Thesis Appendices:

You may not include an entire instrument in your thesis or dissertation, however you may use the four sample ALQ items specified by Mind Garden. Academic committees understand the requirements of copyright and are satisfied with sample items for appendices and tables. For customers needing permission to reproduce the four sample items in a thesis or dissertation, the following page includes the permission letter and reference information needed to satisfy the requirements of an academic committee.

Online Use of Mind Garden Instruments:

Online administration and scoring of the Authentic Leadership Questionnaire is available from Mind Garden, (<https://www.mindgarden.com/69-authentic-leadership-questionnaire>). Mind Garden provides services to add items and demographics to the Authentic Leadership Questionnaire. Reports are available for the Authentic Leadership Questionnaire.

If your research uses an online survey platform other than the Mind Garden Transform survey system, you will need to meet Mind Garden's requirements by following the procedure described at [mindgarden.com/mind-garden-forms/58-remote-online-use-application.html](https://www.mindgarden.com/mind-garden-forms/58-remote-online-use-application.html).

All Other Special Reproductions:

For any other special purposes requiring permissions for reproduction of this instrument, please contact info@mindgarden.com.

For use by Vanessa Maziero only. Received from Mind Garden, Inc. on November 14, 2018

To Whom It May Concern,

The above-named person has made a license purchase from Mind Garden, Inc. and has permission to administer the following copyrighted instrument up to that quantity purchased:

Authentic Leadership Questionnaire

The four sample items only from this instrument as specified below may be included in your thesis or dissertation. Any other use must receive prior written permission from Mind Garden. The entire instrument may not be included or reproduced at any time in any other published material. Please understand that disclosing more than we have authorized will compromise the integrity and value of the test.

Citation of the instrument must include the applicable copyright statement listed below.
Sample items:

As a leader I....

- say exactly what I mean
- demonstrate beliefs that are consistent with actions
- solicit views that challenge my deeply held positions
- seek feedback to improve interactions with others

My leader....

- says exactly what he or she means
- demonstrates beliefs that are consistent actions
- solicits views that challenge his or her deeply held positions
- seeks feedback to improve interactions with others

Copyright © 2007 by Bruce J. Avolio, William L. Gardner, & Fred O. Walumbwa. All rights reserved in all media. Published by Mind Garden, Inc. www.mindgarden.com

Sincerely,

Robert Most
Mind Garden, Inc.
www.mindgarden.com

**ANEXO D – Declaração de concordância da instituição coparticipante:
Hospital Santa Casa – Associação Beneficente de Campo Grande**

Associação Beneficente de Campo Grande - Mantenedora do Hospital de Caridade SANTA CASA Rua Eduardo Santos Pereira, 88 - CEP 79082-251. Fone 3322-4000 - Campo Grande - MS	
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CAMPO GRANDE Gerência de Ensino, Pesquisa e Educação Continuada	
Projeto de Pesquisa: Teste de validade e confiabilidade do instrumento Questionário de Liderança Autêntica."	
Pesquisadora: <ul style="list-style-type: none"> • Vanessa Gomes Maziero 	
Orientadora: <ul style="list-style-type: none"> • Profa. Dra. Andrea Bernades 	
Parecer n.º 008/2017	
Pedido de autorização para realização trabalho Acadêmico: (x) DEFERIDO () INDEFERIDO	
Considerando: <ul style="list-style-type: none"> a) Obrigatoriedade de manter o sigilo absoluto das informações pessoais dos clientes, dos profissionais e da identificação deste hospital; b) A utilização de imagem deverá ser autorizada por esta gerência; c) Apresentar o trabalho escrito em sua versão final para apreciação e arquivo do hospital, sob condição de indeferimento de posteriores trabalhos; 	
Campo Grande, 07 de março de 2017.
Amilton Obino de Abreu Gerente - GEPEC	
Amilton Obino de Abreu Gerente de Ensino e Pesquisa Santa Casa	

ANEXO E – Declaração de concordância da instituição coparticipante: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

À Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Venho por meio desta, solicitar a autorização para o desenvolvimento da pesquisa intitulada **“Teste de validade e confiabilidade do instrumento Questionário de Liderança Autêntica”**. Esta pesquisa será desenvolvida pela Pós –graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Vanessa Gomes Maziero sob orientação da Profa. Dra. Andrea Bernardes e apresenta como objetivo: Testar a dimensionalidade e consistência interna do *Questionário de Liderança Autêntica (ALQ)* após sua adaptação cultural para o português do Brasil. Este questionário objetiva compreender a Liderança Autêntica nos enfermeiros. Caso este projeto seja autorizado por V.S^a., será encaminhado, posteriormente, ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP a fim de cumprirmos as exigências da Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos.

Certos de contar com a valiosa colaboração de V.S^a., agradecemos e nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Vanessa Gomes Maziero

Doutoranda do Programa de
Enfermagem Fundamental
da EERP/USP

Andrea Bernardes

Docente do Departamento
de Enfermagem Geral e Especializada
da EERP/USP

Autorizado por: _____

André Jesus de Almeida
SIAPE - 1357851
Chefe de Divisão Enfermagem

ANEXO F – Aprovação do projeto de pesquisa – Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 237/2017, de 09/10/2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado “ad referendum”** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 09 de outubro de 2017.

Protocolo CAAE: 67343717.1.0000.5393

Projeto: Análise da Validade e Confiabilidade do instrumento Questionário de Liderança Autêntica.

Pesquisadores: Vanessa Gomes Maziero
Andrea Bernardes (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Andrea Bernardes

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP