

**FUNDAÇÃO INSTITUTO CAPIXABA DE PESQUISAS EM
CONTABILIDADE, ECONOMIA E FINANÇAS.**

CLAUDIA CURBANI VIEIRA MANOLA

LIDERANÇA: uma abordagem entre líderes e liderados
à luz do Grid Gerencial

**VITÓRIA
2013**

CLAUDIA CURBANI VIEIRA MANOLA

**LIDERANÇA: uma abordagem entre líderes e liderados
à luz Grid Gerencial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Fundação Instituto Capixaba de Pesquisa em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração, área de Gestão de Pessoas.

Orientador: Prof. PhD. Moisés Balassiano

**VITÓRIA
2013**

CLAUDIA CURBANI VIEIRA MANOLA

LIDERANÇA: uma abordagem entre líderes e liderados à luz Grid Gerencial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Fundação Instituto Capixaba de Pesquisa em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração, área de Gestão de Pessoas.

Aprovada em 16 de Abril de 2013.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. MOISÉS BALASSIANO

**Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e
Finanças (FUCAPE)
Orientador**

Prof. Dr^a. LUCIANA DE ANDRADE COSTA

**Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e
Finanças (FUCAPE)**

Prof. Dr. CRISTIANO MACHADO COSTA

**Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e
Finanças (FUCAPE)**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a **DEUS** por ter me dado força e iluminado a minha trajetória.

Aos meus pais, em especial a minha mãe, dona Bertina pelo amor incondicional e apoio e nos momentos de maior necessidade.

Aos meus amados filhos Ricardo, Leonardo e Mateus pela compreensão de minha ausência.

Ao meu esposo Alexsandro pelo apoio nas horas mais difíceis e desesperadoras.

Aos meus tios Luiza e Osmar pelo apoio, carinho e compreensão.

A tia Eugênia pela preocupação e torcida.

Ao professor Moisés pelos ensinamentos e incentivo para a conclusão desde trabalho, sempre com paciência e dedicação.

A Livia Bedin, Priscilla Silva e Luiz Claudio Louzada que compartilharam as dificuldades desta longa jornada. A todos os amigos que por lapso não mencionei, mas que colaboraram para esta pesquisa.

Aos colegas da enfermagem que dedicaram seu tempo em preencher o instrumento de coleta de dados.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo investigar, no contexto da enfermagem hospitalar, qual é a percepção de liderança dos líderes e liderados com base no Grid Gerencial de Blake e Mouton (1987). Este modelo está baseado na Teoria Comportamental de Liderança reconhecendo duas dimensões: produção e pessoas que orientam o foco do líder. Como instrumentos para a coleta de dados foram elaborados 2 questionários com 10 perguntas baseadas nas duas dimensões do Grid Gerencial. Os instrumentos estão relacionados à autopercepção dos líderes em enfermagem relacionado a como os seus respectivos liderados o percebem tendo como base os 5 estilos descritos no Grid Gerencial. Os itens utilizados para mensurar a percepção de liderança foram baseados na escala Likert com variação de 1 a 5 com o objetivo das afirmativas poderem determinar o grau de concordância. O levantamento de dados ocorreu em um hospital de grande porte na região da Grande Vitória, Espírito Santo. Os resultados foram apresentados pelas seguintes análises estatísticas: análise descritiva, análise discriminante, teste de Mann Whitney, teste de Friedman. A consistência dos instrumentos para coleta de dados foi avaliada por meio de uma análise fatorial exploratória (EFA) cujos resultados foram submetidos à rotação Varimax. Como conclusão observa-se que a autoridade não se enquadra em como consenso entre líderes e liderados e que há uma incongruência entre a auto-percepção do estilo de liderança do gestor e a maneira como os seus subordinados os vêem.

Palavras-chave: Liderança. Teorias de liderança. Grid gerencial. Gestão em enfermagem. Liderança em enfermagem.

ABSTRACT

This research aims to investigate, in the context of hospital nursing, the perception of leadership of the leaders and followers based in the Blake and Mouton Managerial Grid (1987). This model is based on the Behavioral Theory of Leadership recognizing two dimensions: production and people who guide the focus of the leader. As instruments for the data collection 2 questionnaires with 10 questions based on the two dimensions of the Managerial Grid were elaborated. The instruments are related to the self-perception of the leaders in nursing related to how their respective followers perceive them having as basis the 5 styles described in the Managerial Grid. The itens used to measure the perception of leadership were based on the Likert scale with variation from 1 to 5 with the objective that the affirmative ones can determine the degree of concordance. The data collection occurred in a large hospital in the region of Grande Vitória, Espírito Santo. The results were presented by the following statistic analyses: descriptive analysis, absolute analysis, Mann-Whitney U test, Friedman's test. The consistence of the instruments for the data collection was evaluated by means of an exploratory factor analysis (EFA) and its results were submitted to the Varimax rotation. As conclusion it is observed that the authority does not adapt as consensus between leaders and followers and that there is incongruence between the self-perception of the style of leadership of the manager and the way how their subordinates see them.

Keywords: Leadership. Theories of leadership. Managerial grid. Administration in nursing. Leadership in nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fatores de personalidade Modelo Big Five	19
Figura 2: Dimensões de liderança	22
Figura 3: Estilos de Liderança vs. Fases do Relacionamento	26
Figura 4: Espaço rotacionado.....	45
Figura 5: Espaço rotacionado.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Teste de KMO e Bartlett para o Grupo de Enfermeiros e Técnicos	43
Tabela 2: Comunalidades.....	43
Tabela 3: Total da Variância Explicada.....	44
Tabela 4: Total da Variância Explicada.....	44
Tabela 5: Matriz de Componente Rotacionada	45
Tabela 6: Teste de KMO e Bartlett para o Grupo de Enfermeiros e Gerentes	46
Tabela 7: Comunalidades.....	46
Tabela 8: Total da Variância Explicada.....	47
Tabela 9: Total da Variância Explicada.....	47
Tabela 10: Matriz de Componente Rotacionada	48
Tabela 11: Teste M de Box e Esfericidade de Bartlett	49
Tabela 12: Wilks' Lambda	50
Tabela 13: Coeficiente da Função Discriminante Canônica Padronizada.....	50
Tabela 14: Resultados da Classificação	51
Tabela 15: Wilks' Lambda	51
Tabela 16: Coeficiente da Função Discriminante Canônica Padronizada.....	52
Tabela 17: Resultados da Classificação	52
Tabela 18: Teste de Mann-Whitney	54
Tabela 19: Teste de Mann-Whitney	54
Tabela 20: Teste de Friedman, Média dos Rankings e P-Valor	55
Tabela 21: Análise Descritiva	69
Tabela 22: Análise Descritiva	70
Tabela 23: Análise Descritiva	71
Tabela 24: Análise Descritiva	72

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 ABORDAGEM CONCEITUAL DE LIDERANÇA.....	15
2.1.1 Teorias dos Traços de Personalidade	19
2.1.2 Teorias Comportamentais de Liderança	20
2.1.3 Teorias das Contingências	24
2.2 LIDERANÇA EM ENFERMAGEM.....	27
3 METODOLOGIA	35
3.1 SELEÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA.....	35
3.2 CENÁRIOS DO ESTUDO	36
3.3 PRINCÍPIOS ÉTICOS	36
3.4 FONTES E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	37
3.5 TRATAMENTO DOS DADOS	38
3.6 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	39
4 RESULTADOS	40
4.1 RESULTADOS DA ANÁLISE DESCRITIVA DA PESQUISA	40
4.2 ANÁLISE FATORIAL.....	43
4.2.1 Comparação entre enfermeiros supervisores e técnicos em enfermagem	43
4.2.2 Comparação entre líderes enfermeiros supervisores e gerentes	46
4.3 ANÁLISE DISCRIMINANTE	49
4.3.1 Comparação entre enfermeiros supervisores e técnicos de enfermagem	49
4.3.2 Comparação entre líderes enfermeiros supervisores e gerentes	51
4.4 TESTE DE MANN-WHITNEY.....	53

4.4.1 Comparação entre enfermeiros supervisores e técnicos de enfermagem	53
4.4.2 Comparação entre líderes enfermeiros supervisores e gerentes	54
4.5 TESTE DE FRIEDMAN	55
5 DISCUSSÃO	57
6 CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE – A QUESTIONÁRIOS APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	67
APÊNDICE – B TABELAS DA ANÁLISE DESCRITIVA	69
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO DO CEP	73

Capítulo 1

1 INTRODUÇÃO

As organizações de saúde estão passando por crescentes mudanças de paradigmas em seus valores, processos e modo de gestão. Neste contexto, segundo Cardoso (2002), a enfermagem se faz integrante por desenvolver não só a ação assistencial como também a administração assumindo a gerência organizacional.

Na busca de competência técnica na prestação de serviço à clientela cita-se, dentre outras, a gerência de enfermagem que consiste em um instrumento na tomada de decisão no processo de produção, visando um resultado de trabalho com qualidade (PASSOS e CIOSAK 2006). Entretanto, para contextualizar o trabalho do enfermeiro no ambiente hospitalar, temos duas dimensões: a gerencial e a assistencial. A primeira, com foco na organização do trabalho e nos recursos humanos em enfermagem; a segunda, direcionada à intervenção nos cuidados ao paciente.

Para Husmann e Peduzzi (2009), podem existir bons enfermeiros gerentes, porém, frágeis na assistência e vice-versa, cuja grande importância consiste na articulação entre gerência e assistência. Todavia, há profissionais capacitados tanto para o “cuidado” como também para a gestão. Essa dicotomia na verdade, torna-se o diferencial referente ao desempenho das habilidades adquiridas e desenvolvidas pelo enfermeiro.

Nesse cenário, observa-se a exigência de liderança nas instituições hospitalares, substituindo um modelo hierarquizado e tradicional por uma forma mais flexível, a partir de relações de confiança nas quais o enfermeiro prioriza os

interesses coletivos, objetivando uma assistência segura e de qualidade a seu cliente (GAIDZINKI; PERES; FERNANDES, 2004).

O serviço de enfermagem é composto por diferentes categorias de trabalhadores, dentre as quais temos a do técnico de enfermagem que, segundo Kobayashi (2001), possui atribuições desenvolvidas e direcionadas a procedimentos assistenciais voltados ao paciente. Esse técnico, no contexto hospitalar, é subordinado ao enfermeiro supervisor que, para Greco (2004), utiliza estratégias para controlar, encorajar, orientar e solucionar problemas de seu setor. O supervisor enfermeiro, por sua vez, é subordinado ao gerente responsável pela tomada de decisão e coordenação de enfermagem, e necessitam de habilidades, atitudes e conhecimento para auxiliar no bom desempenho de suas funções (SANCHES; CHRISTOVAM; SILVINO, 2006).

No contexto hospitalar, o enfermeiro desempenha uma forma de gerenciar focada na necessidade de serviço, como o cumprimento de normas e tarefas preconizadas pela instituição. Essa forma de liderança, baseada exclusivamente nos regulamentos impostos pela organização, muitas vezes não atende de forma plena as necessidades do cliente e causa descontentamento por parte da equipe de enfermagem (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 1998).

De acordo com Lourenço e Trevizan (2001), a partir da investigação relacionada à visão do enfermeiro-líder sobre a temática “liderança”, percebeu-se que o público alvo possui uma clara visão da temática e da importância da profissão. Os enfermeiros entrevistados entendem a liderança como um processo de influenciar pessoas relacionadas a um processo grupal.

Higa e Trevizan (2005) fundamentaram sua pesquisa na Teoria Grid, a qual consiste em uma alternativa que possibilita o desenvolvimento da liderança na

enfermagem. Um dos objetivos propostos no estudo foi verificar o modelo de liderança idealizado por enfermeiros, no qual se obteve a maioria das respostas voltadas para o estilo que descreve o perfil de líder com máxima preocupação com pessoas e produção.

Santos e Castro (2008), concordam que os enfermeiros privilegiam máximo resultado em produção e foco em recursos humanos, entretanto o segundo estilo ideal para o líder em enfermagem seria o equilíbrio entre a dicotomia produção e pessoas.

Amestoy et al. (2009) pesquisaram sobre a percepção dos enfermeiros com relação à liderança e descrevem que, mesmo sendo positiva no trabalho da enfermagem, ainda há grandes dificuldades para colocá-la em prática. São necessárias estratégias condutoras ao aprimoramento do desempenho do papel do líder para torná-la, assim, um instrumento gerencial positivo.

Segundo Wehbe e Galvão (2005), vários autores têm pesquisado a liderança em enfermagem com a aplicação de modelos de liderança diferentes, tais como: Grid Gerencial, de Blake e Mouton (1987) e a situacional, de Hersey e Blanchard (2002), evidenciando-se a importância de estudos do tema liderança relacionado ao desempenho profissional do enfermeiro. Consoante Garcia, Santa Barbara (2009), afirmam ser a percepção do poder do líder pelos seguidores fator primordial para influenciá-los.

Blake e Mouton (1987) reconhecem duas dimensões em análise ao estilo de liderança: a primeira é orientada na produção com foco nos resultados baseados em lucros, desempenho, eficiência e quantidade produzida. A segunda se volta para pessoas para as quais a conquista dos resultados está baseada na confiança, apoio,

compreensão, simpatia, enfim, na preocupação com os subordinados (TREVIZAN et al., 2001).

A enfermagem é uma profissão na qual a capacidade de liderança é fundamental para a consecução dos objetivos organizacionais (TREVIZAN et al., 1993, 2003, 2005; GALVÃO, 1990; GAIDZINSK; PERES; FERNANDES, 2004). A congruência entre o reconhecimento da chefia como líder incontestado a sua própria avaliação na forma como exerce tal liderança pode determinar o sucesso ou o fracasso no equilíbrio entre o foco na produção e na condução dos recursos humanos envolvidos.

Nesse sentido, faz-se necessário conceber um instrumento avaliador de tal congruência com base na literatura existente sobre a questão da liderança organizacional aplicada à área de enfermagem, considerando a realidade institucional local. Outro ponto importante observado é não estar o sucesso da liderança exclusivamente a cargo do líder, como também focado no relacionamento e envolvimento dos liderados.

O objetivo geral deste trabalho é investigar, no contexto da enfermagem hospitalar, **qual é a percepção de liderança dos líderes e liderados, com base no Grid Gerencial de Blake e Mouton (1987)**. Como objetivos específicos pretende-se:

- Investigar a percepção de liderança dos técnicos de enfermagem em relação ao enfermeiro supervisor;
- Identificar como o enfermeiro supervisor se percebe como líder;
- Confrontar as percepções do enfermeiro supervisor, na condição de líder, com a forma como o liderado técnico de enfermagem o percebe;

- Investigar a percepção de liderança dos liderados enfermeiros supervisores para com seu líder gerente de enfermagem;
- Identificar como o gerente de enfermagem se percebe na posição de líder; e
- Confrontar a percepção do gerente de enfermagem, no papel de líder, com a forma como os liderados supervisores de enfermagem o percebem.

Partindo da compreensão que liderança consiste em um processo de integração entre líderes e liderados, entende-se que a reavaliação contínua do enfermeiro-líder possibilite a incorporação de novas habilidades para atingir bons resultados na área hospitalar. Pesquisas já foram realizadas á luz da Teoria Grid para investigar a expectativa de liderança de líderes ou de liderados em enfermagem. Este estudo se propõe em analisar o reconhecimento da liderança de líderes e liderados, como também mensurar a variação de percepção de ambos para diagnosticar a necessidade de intervenção por parte da organização.

Capítulo 2

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ABORDAGEM CONCEITUAL DE LIDERANÇA

Liderança é entendida como uma das funções do administrador, entretanto, alguns autores afirmam haver necessidade de desenvolver habilidades mais complexas que administrar. Existem ainda os defensores da existência de diferença entre liderar e administrar (MARQUIS; HUSTON, 2010, p. 51).

Com a industrialização, a figura do líder se faz necessária, sendo de início uma questão de produção organizacional e, com o passar do tempo, pôde-se constatar a mudança para gestão de pessoas, embora o conceito de liderança estivesse inteiramente ligado ao poder e à chefia (VERGARA, 2007).

Devido às mudanças no ambiente corporativo, Heifetz *apud* Vendemiatti et al (2010), descreve existir na atualidade uma distinção entre gerência e liderança em que os líderes podem ocupar todos os níveis hierárquicos, inclusive os inferiores. O processo de liderança, segundo Vendemiatti et al (2010, p. 1304), “[...] não é orientado pela autoridade, mas primordialmente pela negociação dos limites possíveis entre os desejos individuais e os objetivos organizacionais”.

Bowditch e Buono (2006, p. 144), definem liderança como “[...] um processo de influência, geralmente por uma pessoa, por meio do qual outra pessoa ou grupo são orientados para o estabelecimento e o alcance de determinadas metas”.

Liderança, portanto, está inserida em um contexto social presente em grupos de indivíduos. Pode-se definir como sendo a capacidade de uma pessoa influenciar

uma outra pessoa ou grupo (ROBBINS, 2009). Vergara (2007), concorda com esta afirmativa, descrevendo ainda que liderança consiste em uma competência de aprendizagem contínua.

Segundo Bergamini (2012), as competências relacionadas à liderança permanecem constantes. Nosso entendimento do que são, como operam e as formas pelas quais as pessoas aprendem é que vai se modificando e se readequando. Essas mutações provocam alterações no próprio entendimento do que é liderança.

No entanto, parece haver a possibilidade de uma análise integrativa em relação às definições existentes de liderança. Bergamini (2012), esclarece não se tratar de encontrar a definição correta, mas sim, a real e efetiva utilidade da mesma para o entendimento do fenômeno, num dado contexto.

Entretanto em liderança há controvérsia e, para Aguiar (1991), estão presentes duas abordagens antagônicas: a liderança individual e grupal. A primeira identificada pelos traços individuais, físicos, intelectuais de personalidade de cada líder. Já a segunda é compreendida pela formação e desenvolvimento grupal. Resumindo, o exercício da liderança não se apoia exclusivamente nas características do líder, mas também na interação entre indivíduos em diferentes situações.

Nas organizações são crescentes os estudos e experiências sobre modelos de gestão que incorporem cada vez mais a associação de competência com liderança como forma de atingir os objetivos institucionais.

Para Canastra e Ferreira (2012, p. 78) liderar é “[...] criar um ambiente em que as pessoas querem fazer parte da organização e não apenas trabalhar para ela,

quer fazer e não ter que fazer”. Os mesmos autores descrevem que historicamente liderança era entendida como decorrente dos traços de personalidade do líder. Todavia, na atualidade, o conceito de liderança não está relacionado a poder, mas sim a um processo bilateral, priorizando seus liderados os quais necessariamente precisam estar motivados.

Drucker (1996) afirma estar à eficácia do líder em selecionar as questões mais importantes para atingir a missão da organização e, para isso, tem de fixar metas e prioridades. Drucker *apud* Pruzak e Davenport (2003), pesquisou líderes eficazes e observou que todos afirmavam que:

- Líder e seguidores são dois papéis necessários e fundamentais;
- Líder eficaz é aquele cujos liderados fazem as coisas certas; e
- Líder não quer dizer posição ou privilégio e, sim, ter responsabilidade.

Drucker (1996) descreve não haver necessidade de os seguidores gostarem do líder ou concordarem com ele, porém têm de confiar nele. Este mesmo autor afirma ainda ser a confiança dos liderados, para com o líder um requisito essencial para se alcançar uma liderança eficaz.

Drucker *apud* Goldsmith (1996, p. 229), declarou acreditar que "o líder do passado era uma pessoa que sabia como dizer. O líder do futuro será uma pessoa que saberá como perguntar". Essas indagações descritas pelo autor estão ligadas a diversos tipos de comunicação, os quais vão desde pesquisas internas de satisfação, correio eletrônico e até o contato direto com o empregado.

Bergamini (1994), afirma que dois aspectos parecem ser comuns à grande maioria das definições de liderança existentes na atualidade: no primeiro deles, a liderança estar ligada a um fenômeno grupal, isto é envolver duas ou mais pessoas;

no segundo fica evidente a liderança tratar-se de um processo de influência exercido de forma intencional por parte dos líderes sobre seus seguidores.

Dentre os diferentes aspectos sob os quais se estudou liderança, percebe-se que alguns teóricos preocuparam-se em especial (BERGAMINI, 1994, p. 104):

- Com ***aquilo que o líder é***, procurando características de personalidade ou retratar traços responsáveis por sua eficácia; outros buscavam;
- A concepção do líder, investigando aquilo que o líder faz, isto é, procuraram delinear diferentes estilos de liderança; outros ainda;
- Procuram analisá-la em função daquelas circunstâncias determinantes da eficácia do líder, buscando conhecer quais ***variáveis do meio ambiente podem influenciar o desenvolvimento*** do vínculo líder-seguidor; por fim;
- Relacionam aspectos ***motivações subjacentes*** às atividades de dirigir pessoas.

Conforme Kotter (1997, p. 20), liderança é “[...] vista como o processo, associa-se à capacidade de persuadir funcionários e outras pessoas importantes a aceitar idéias novas e implementá-las”. O conceito de liderança é sempre o mesmo, o que muda é a função de gerência, a qual requer do profissional conhecimento das teorias de administração, assim como a capacidade de liderar (KOTTER, 2000).

Relacionadas às teorias surgiram algumas linhas de pensamento sobre o estudo da liderança, a serem abordadas a seguir.

2.1.1 Teorias dos Traços de Personalidade

Fundamentam-se nas características de personalidade possuídas pelo líder. De acordo com Robbins (1999), essa teoria vem dos anos 30 e das pesquisas por psicólogos, com o objetivo de tentar buscar atributos de personalidade, sociais, físicos e intelectuais descritiva dos líderes que os diferencie dos não-líderes.

Na busca por destacar traços de liderança, pesquisadores começaram a organizar características de personalidade com base no modelo Big Five (ROBBINS, 2010, p. 130).



Figura 1: Fatores de personalidade Modelo Big Five
Fonte: Robbins (2010)

Judge et al. (2002), realizaram uma meta-análise referente à liderança relacionada a traços de personalidade e concluiu-se que nem todos os fatores do modelo Big Five estariam positivamente associados a líderes eficazes.

Para Robbins (2009), buscar a identificação de um conjunto de traços comuns entre os líderes, não significa que os mesmos serão bem sucedidos ou alcancem seus objetivos. Entretanto, essa teoria das características não pode ser descartada, o que levou Marquis e Huston (2010, p. 57) a concluírem que “[...] ainda que as

características apresentem falhas explícitas (por exemplo, negligenciar impacto de outras pessoas ou da situação do papel de líder), elas merecem ser examinadas”.

Portanto, de forma conclusiva, Robbins (1999, p. 220), afirma que as descobertas cumulativas de mais de meio século de pesquisa alertam que alguns traços aumentam a probabilidade de sucesso como um líder, mas nenhum desses traços sozinho é garantia de sucesso, e ainda, relaciona quatro razões que sustentam não ser a abordagem de traços suficiente para explicar liderança: ela não considera as necessidades dos seguidores; geralmente falha em esclarecer a importância relativa de vários traços; não separa a causa do efeito e ignora fatores situacionais.

As afirmações acima descritas, referente às limitações sobre traços de liderança, instigaram os pesquisadores a observarem em outras direções. Embora tenha ressurgido algum interesse em traços mais recentemente, um grande movimento em direção oposta começou no início dos anos 40, com ênfase nos estilos de comportamento dos líderes, surgindo assim às teorias comportamentais de liderança.

2.1.2 Teorias Comportamentais de Liderança

Com base nas maneiras e estilos de comportamento adotados pelo líder, pesquisadores imaginavam se existiria algo único ou especial na maneira como líderes eficazes se comportavam. Segundo Robbins (2009), há uma diferença entre as teorias de traços e as de comportamentos, em termos de aplicação. Se a teoria dos traços fosse válida o indivíduo nasceria líder ou não. Por outro lado, baseado na teoria do comportamento, seria possível treinar os indivíduos que desejassem ser líderes eficazes.

O autor continua relatando que as tentativas mais importantes para explicar a liderança em termos comportamentais foram os estudos da *Ohio State University*, os estudos da *Michigan University*, o Grid Gerencial, desenvolvido por Blake e Mouton, e os estudos Escandinavos. Desta busca na literatura, Robbins (1999, p. 220), afirma que de forma geral “[...] houve sucesso modesto na identificação das relações consistentes entre padrões de comportamento de liderança”.

Analisar o comportamento do líder não é suficiente para caracterizar o sucesso de seu desempenho, devendo-se levar em conta, dentre outros aspectos, o grupo no qual está inserido e fatores situacionais (ROBBINS, 1999). Outro ponto importante dentro da perspectiva comportamental, evidenciado por Kellerman (2004), é o fato de o líder tornar-se cada vez melhor quando admite suas falhas.

Para Santos, Oliveira e Castro (2006), o Grid parte do princípio de que o líder estabelece hipóteses para avaliar problemas ligados ao processo de obtenção de resultado de produção por meio de pessoas. Os mesmos autores afirmam haver possibilidade do estilo de liderança interferir na cultura corporativa, resultando em mudanças de forma de interação e relacionamento na equipe.

Blake e Mouton (1987) utilizam duas dimensões para análise de liderança: uma orientada para pessoas e a outra orientada para a produção. Esta está ilustrada no eixo vertical; aquela na horizontal e em cada eixo há uma escala de nove pontos indicando o grau de interesse relacionado à dimensão. Conclui-se, então, a existência de 81 combinações entre orientação para pessoas e produção, embora, a teoria de Grid indique cinco estilos essenciais: 9.1; 1.9; 1.1; 5.5 e 9.9, conforme a figura abaixo:

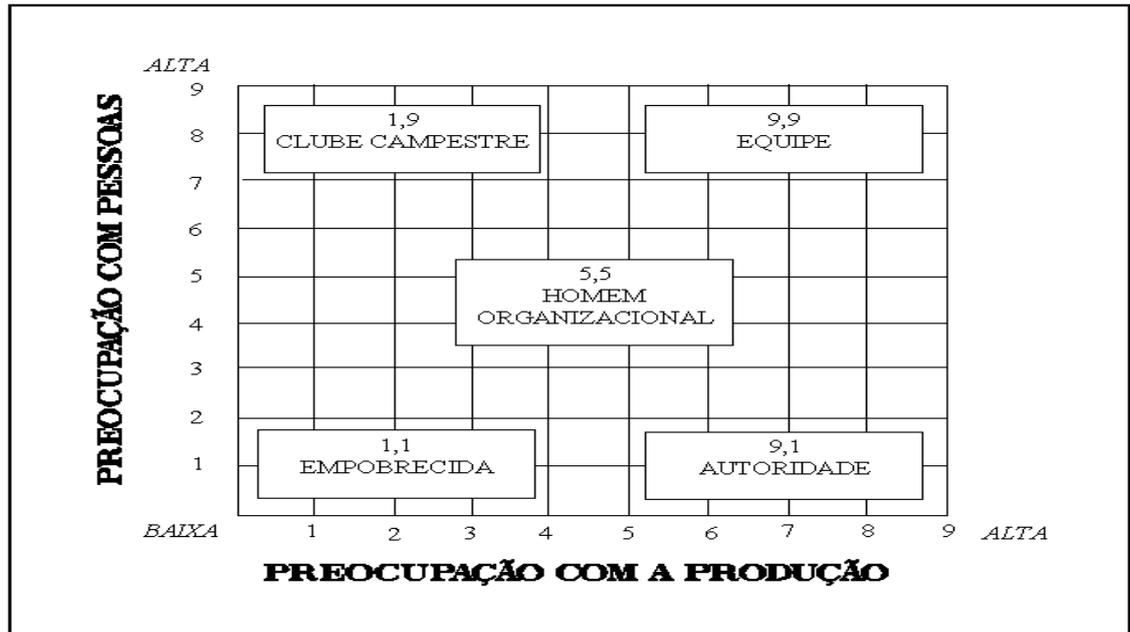


Figura 2: Dimensões de liderança
Fonte: Blake e Mouton (1987)

Cinco estilos básicos de uso de autoridade são definidos por Blake e Mouton (1987), conforme descrito abaixo:

- **(9,1):** líder com a preocupação máxima com a produção e mínima com as pessoas utilizando da **autoridade** para alcançar resultados. Esse líder, em geral, é centralizador e controlador;
- **(1,9):** líder com a preocupação máxima com as pessoas e mínima com a produção fazendo do ambiente do trabalho um **clube campestre**. Esse líder busca sempre a harmonia de relacionamentos, mesmo que tenha de sacrificar a eficiência e a eficácia do trabalho realizado;
- **(1,1):** líder com a preocupação mínima com a produção e com as pessoas e desempenha uma gerência **empobrecida**. Esse tipo de líder, em geral, adota uma postura passiva em relação ao trabalho, fazendo o mínimo para garantir sua permanência na organização;

- **(5,5)**: líder meio-termo, ou seja, a preocupação média com a produção e com as pessoas, trabalhando dentro do pressuposto do **homem organizacional**. Esse tipo de líder busca o equilíbrio entre os resultados obtidos e a disposição e ânimo no trabalho;
- **(9,9)**: líder com a máxima preocupação com a produção e com as pessoas, acredita no trabalho em **equipe** como a única forma de alcançar resultados, estimulando, assim, a máxima participação e interação entre seus subordinados na busca de objetivos comuns.

De acordo com Trevisan et al (2001), o foco na produção compreende resultados, lucros, eficiência e enfatiza a quantidade numérica de produção. Já a orientação para pessoas é caracterizada pela conquista de resultados com base na confiança, respeito, obediência, simpatia, apoio, diálogo, ou seja, preocupação com os subordinados.

Robbins (2009, p. 157), concluíram que o desempenho dos administradores é melhor em um estilo 9.9, em comparação, por exemplo, com o estilo 9.1 (orientado para tarefa) ou 1.9 (tipo “Laissez-faire”).

Marquis e Huston (2010) informam que os estudos de Lewin (1951), White e Lippitt (1960), evidenciaram estilos de liderança os quais passaram a ser conhecidos como:

Estilos	Características
Autoritário	Ações definidas e previsíveis, alta produtividade, uso da coerção, baixa criatividade e automotivação.
Democrático	Promove autonomia e crescimento aos seguidores, tomada de decisão envolve líder e liderado, menos eficiente do ponto de vista quantitativo em relação ao estilo autoritário de liderança.
<i>Laissez-faire</i>	Permissividade, pouca ou nenhuma orientação, não há crítica, tomada de decisão dispersa entre o grupo, pode causar frustração nos seguidores.

Quadro 1: Estilos de liderança
Fonte: Marquis e Huston (2010, p. 58).

As organizações hospitalares relacionadas a recursos humanos são compostas por vários tipos de indivíduos e cada um com sua particularidade, e isso se torna um desafio para o líder desenvolver a habilidade para convergir e unificar diferentes objetivos individuais em direção aos objetivos da instituição.

2.1.3 Teorias das Contingências

As teorias contingenciais referem-se à capacidade de adaptação do líder às circunstâncias situacionais. Conforme Robbins (2009, p. 158), “tornou-se bastante claro que prever o sucesso da liderança era algo que não se restringiria ao isolamento de alguns traços ou comportamentos preferenciais”.

Bowditch e Buono (2002) afirmam que as teorias contingenciais combinaram a abordagem de traços e as teorias comportamentais para sugerir que os líderes eficazes são aqueles com capacidade de se adaptar de acordo com as exigências da situação ou de um grupo específico.

Robbins (1999, p. 222), informa não faltarem estudos tentando isolar essas condições situacionais cruciais as quais afetam a eficácia de liderança. Ele cita, como exemplo, algumas variáveis de moderação populares usadas no desenvolvimento das teorias de contingências, que incluem:

- o grau de estrutura da tarefa que está sendo desempenhada;
- a qualidade das relações líder-membro;
- o poder da posição do líder, a clareza dos papéis dos subordinados;
- as normas do grupo;
- a disponibilidade de informação;

- a aceitação pelos subordinados das decisões do líder; e
- a maturidade dos subordinados.

Robbins (2009), ainda afirma que as várias abordagens para isolar variáveis situacionais-chave provaram ter mais sucesso do que outras e, em resultado, ganharam reconhecimento mais amplo. Ele cita algumas dessas a serem consideradas: o modelo de Fidler e a teoria situacional de Hersey e Blanchard (2002).

- **O modelo de Fidler (1967):** a abordagem caracterizada por Fidler sugere serem os estilos de liderança relativamente inflexíveis. Portanto, o líder orientado para a tarefa terá melhor desempenho independente da situação (ROBBINS, 2010). Essa característica de liderança com foco na produção é semelhante à descrita pelo estilo 9.1 do Grid Gerencial de Blake e Mouton (1989);
- **A teoria situacional de Hersey e Blanchard (2002):** Há um estilo diferente de liderança adequado para cada nível de maturidade de seus seguidores. Para Marquis e Huston (2010, p. 60), “com o amadurecimento das pessoas, o estilo de liderança deixa de concentrar-se mais para tarefa, para voltar-se às relações”, como pode ser visualizado na figura abaixo:

ESTILO DO LÍDER



Figura 3: Estilos de Liderança vs. Fases do Relacionamento
Fonte: Hersey e Blanchard (2002).

Nesta figura, quando há liderados imaturos, inseguros e desconhecedores da tarefa, o estilo apropriado de liderança é **determinar** o que deve ser feito. Os subordinados com pouca segurança, porém com certa competência, necessitam de um líder, cujo estilo apropriado para o líder é **persuadir**. Relacionado a liderados capazes, porém inseguros, o estilo do líder consiste em **compartilhar** a melhor solução a ser seguida. Àqueles que são competentes e seguros, o estilo de liderança recomendado seria o de **delegar**.

Em modelo contingencial de Hersey e Blanchard (2002) com foco no liderado, conforme Trevizan (1997), o exercício de liderança se faz mediante o conhecimento, cultura e outros fatores que a equipe possui, o que se resume em: ambiente, situação, líder, liderado, tarefa e o objetivo. Isso demonstra a dependência da participação do liderado para êxito do objetivo do líder, pois o fato de aceitarem ou não seus desígnios interfere na eficácia da ação. Isso demonstrará que o método situacional depende da capacidade de o líder envolver os seus liderados mediante a

utilização de vários métodos como orientação alta para realização de tarefas (ROBBINS, 2004).

Na relação de liderança existem os aspectos de subordinação. Bowditch e Buono (2002, p.118), afirmam ser a liderança uma força psicológica com conceitos de poder e autoridade:

- **Poder** é a capacidade de exercer a influência, ou seja, o potencial influenciador que pode ou não ser efetivamente realizado;
- **Autoridade** é o poder legítimo, o poder em relação ao papel que exerce sua posição em uma estrutura.

De forma geral, a liderança envolve a capacidade de motivar as pessoas a fazerem aquilo que precisa ser feito. Nas instituições hospitalares, a liderança é uma questão de redução da incerteza do grupo de trabalhadores e a gerência de enfermagem tem como objetivo influenciar os seus liderados caminhar em direção a sua meta.

2.2 LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

As organizações de saúde estão vivendo um cenário de constante mudança tecnológica, exigindo dos profissionais de saúde novas competências para o desempenho de qualidade na assistência ao cliente cada vez mais exigente. Em destaque, temos a enfermagem pelo quantitativo de recursos humanos dentro da área hospitalar se dividindo entre cuidar e gerenciar o cuidado ao paciente (CAMELO, 2012).

A liderança acompanha a evolução da enfermagem, pois desde o modelo Nightingale está intrínseca à profissão. O enfermeiro está inserido num processo de

resolução de conflitos, tomada de decisões, cumprimento da lei do exercício profissional e designa seus seguidores para fazerem parte desta construção por meio de uma liderança motivadora e entusiasmática (MACHADO, 2011).

Na década de cinquenta, segundo Yura (1981), houve a necessidade de desenvolver as habilidades administrativas do enfermeiro para que o mesmo pudesse desempenhar atividades na posição de supervisor e gerente, até então desenvolvida por tentativa e erro.

Então, a integração liderança e enfermagem se firmou e se expandiu devido a suas responsabilidades de coordenação de recursos humanos da saúde. Quanto aos significados na literatura das ciências sociais sobre ser enfermeiro-líder, Kurcgant (1991), lhes atribui três de maior importância: posição, característica e conduta.

Para Canastra e Ferreira (2012), existe a necessidade dos líderes de enfermagem desenvolver o seu Ser (caráter, personalidade e motivação), o Conhecer (capacidade e habilidades) e o Fazer (comportamento, hábitos e estilos) a fim de haver um melhor desempenho dos seus subordinados.

A capacidade de liderar é responsável pelo sucesso ou não na vida profissional do enfermeiro, e alguns fatores como gerenciamento de projetos, o convívio com as pessoas e a delegação de tarefas se tornam itens aprendidos e desenvolvidos com o tempo, pois a liderança se torna uma técnica que pode ser aprendida, aperfeiçoada e adaptada (NEUMAN et al, 2009). Simões (2001), também concorda que a liderança possa ser compreendida e desenvolvida se houver interesse e habilidades como conhecimento, experiência e capacidade de trabalhar em grupo.

Segundo Silva et al (2009), os desafios para os futuros profissionais de enfermagem consistem em agregar o conhecimento da graduação com a prática profissional. Saber liderar consiste em desenvolver várias características, conforme descrito por Marquis e Huston (2010).

Inteligência	Adaptabilidade	Capacidade de obter colaboração
Conhecimento	Criatividade	Habilidades interpessoais
Julgamento	Cooperação	Tato
Decisão	Estado de atenção	Diplomacia
Fluência oral	Autoconfiança	Prestigio
Inteligência emocional	Integridade pessoal	Participação Social
Independência	Equilíbrio e controle emocional	
Personalidade agradável	Competência	

Quadro 2: Características associadas à liderança
Fonte: Marquis e Huston (2010, p. 58).

Dulewicz e Higgs (2003), também caracterizaram liderança a partir de 15 competências reunidas em três grupos: intelectual (IQ), gestão (MG) e emocional, sendo a última de maior importância, sem desmerecer as outras duas. Já Goleman, Boyatzi e Mckee (2003), dividiram as competências em dois grupos: pessoais (autoconhecimento e autogestão) e sociais (consciência social e relacionamento gerencial).

As competências de liderança precisam estar alinhadas às competências do profissional enfermeiro, pois ele, além de desempenhar técnicas do “cuidado”, ainda é responsável pelo setor e funcionários do hospital onde se encontra lotado. Por sua vez, além de adquirir e aperfeiçoar as habilidades da enfermagem necessita se dedicar às teorias administrativas, como suporte ao papel de gestão que lhe é exigido.

Em um trabalho de conclusão de curso em uma faculdade de Enfermagem com alunos concluintes do 8º período, 83% dos entrevistados afirmaram ser insuficiente o conteúdo referente à liderança ministrado pela disciplina de

Administração, dada a importância do seu conteúdo para a prática do futuro profissional (MEYER; SOARES, 2010).

Segundo Gaidzink, Peres e Fernandes (2004 p. 465), “[...] o desenvolvimento do potencial para liderança não acontece em um curso de duas semanas, ou em um programa universitário de quatro anos, embora possa ajudar”. Esses mesmos autores descrevem que as habilidades para o exercício da liderança são adquiridas ao longo do tempo de uma forma contínua por vários anos.

Para Castro (2007), as discussões sobre liderança estão relacionadas à competência da enfermagem em atingir sua meta. Segundo Santos e Castro (2008, p. 735), “o comportamento do líder gera um reflexo no desempenho do grupo de trabalho, já que esta equipe se espelha no modelo que acredita ou percebe necessário para execução de suas práticas [...]”.

Como líderes de enfermagem na instituição hospitalar, temos o gerente e o supervisor. Para Kurcgant et al. (2005), a supervisão é uma função administrativa, cujo objetivo é orientar, desenvolver e capacitar os funcionários do setor pelo qual são responsáveis. A gerência é ainda mais complexa, pois implica a tomada de decisão que interfere na estrutura, no processo e no produto de um sistema com foco na assistência de qualidade ao cliente (PASSOS; CIOSAK, 2006).

Conforme o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a enfermagem é composta por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem. Os enfermeiros, dentre outras atividades, exercem a gestão dos serviços de enfermagem, como também assistência direta a pacientes que necessitam de cuidados intensivos. Os técnicos e auxiliares de enfermagem exercem atividades de nível médio, direcionada a ações assistenciais ao paciente, com exceção das privativas ao enfermeiro.

É comum no ambiente hospitalar o enfermeiro supervisor desempenhar atividades técnicas especializadas no cuidado com o paciente e, em paralelo, assumir a chefia da equipe técnica. A excelência no cuidado prestado ao paciente consiste em um dos principais objetivos da enfermagem e, para que isso aconteça, é indispensável que o enfermeiro supervisor desenvolva a habilidade de liderar, caracterizando seu trabalho em duas dimensões: gerencial e assistencial.

Para Canastra e Ferreira (2012), os enfermeiros, quando se tornam líderes, assumem um 'corpo de seguidores', tornam-se presos e influenciados a essa condição. Andrews (2006) complementa tal afirmativa descrevendo que uma habilidade fundamental para o desempenho da liderança consiste na tomada de decisão diária.

Gerenciar, na enfermagem, significa ter autonomia para tomar decisão (KURCGANT et al, 2005). No setor assistencial hospitalar é papel do enfermeiro supervisor discutir e decidir com seus liderados Técnicos de enfermagem a melhor forma a atender à clientela com qualidade. Gerenciar uma unidade cirúrgica, de cuidados intensivos, internação ou pronto socorro significa liderar esses supervisores enfermeiros e conseqüentemente seus técnicos.

O desempenho da liderança só é possível quando relacionado ao grupo de indivíduos. Tomando-se por base essa afirmativa, conclui-se que o líder não é um sucesso por si só, ele se utiliza de pessoas nas relações de trabalho institucionais (HREZO; WITTE, 1993). Em enfermagem, a assistência de qualidade não seria possível sem a cooperação e contribuição de seus seguidores (DI RIENZO, 1994).

Conforme Drucker (2012, p. 53), “[...] os “gerentes” também precisam integrar ‘para baixo’, ou seja, com o trabalho das pessoas que se reportam a eles”. Para

essa relação de confiança ser estabelecida, torna-se necessário que gerentes e supervisores tenham de desempenhar ações congruentes.

Há um consenso entre autores de que a liderança é caracterizada pelo processo de influenciar seus seguidores para atingir os objetivos organizacionais. Entretanto, há uma discordância em relação a como essa influência ocorre (GREENBERG; BARON, 2000). É a partir dela que o enfermeiro desenvolve sua equipe e consegue atingir suas metas, e para isso é necessário construir um estilo de liderança eficaz, baseado em suas competências.

Para Bennis e Nanus (1988 p. 19), “[...] o problema de muitas organizações, em especial das que estão fracassando, é que elas tendem a ser administradas e sublideradas (lideradas de menos)”. Diante disso, o fato de o chefe em enfermagem “dar ordens”, não garante a realização das tarefas designadas e, conseqüentemente, os objetivos a serem atingidos.

No tocante ao enfermeiro controlador, Bergamini (1987), afirma estarem seus dias estão contados, em virtude de ser substituído pelo líder coordenador, focado no liderado e em suas expectativas. Cavalcanti et al (2006), afirmam existirem líderes que priorizam as necessidades primárias dos seguidores norteadas muitas vezes pelo oferecimento de recompensas materiais para atingir os objetivos organizacionais, pensamento com o qual McGuire e Kennerly (2006), concordam.

A posição ocupada pelo enfermeiro na instituição de saúde pode lhe garantir destaque no organograma, todavia, não lhe confere liderança, pois ela só estará estabelecida diante de uma percepção positiva de seus liderados. Para Drucker (1986), o líder é reconhecido por sua responsabilidade, e não como posição ou privilégio.

Vários autores partem da idéia de que uma pessoa, no caso o líder, convence outras a seguirem em busca dos resultados esperados (BURNS, 2003; JHONS, 2004; ROBBINS, 2009). Porém especialistas contemporâneos, como Offermann (2004) ampliam tal afirmativa descrevendo que não só o líder influencia seu subordinado, como também o liderado influencia seu superior de forma positiva ou negativa, fazendo da liderança um processo dinâmico de dupla via. As teorias de liderança entre líderes e liderados necessitam ser compreendidas pelo enfermeiro a fim de servir de instrumento para atingir uma liderança eficaz.

Teorias	Conceitos
Liderança Servil	Modelo de liderança que prioriza atender às necessidades dos seguidores. O líder servil recebe influência positiva ou negativa de seus liderados.
Teoria do chefe-agente	Modelo de liderança pelo qual se sugere que os liderados (agentes) nem sempre estão motivados a agir pelo seu chefe, levando à possibilidade de disparidade de metas.
Teoria do capital humano e social	A teoria do capital humano “reconhece que os indivíduos e as organizações investem no capital humano antecipando ganhos na forma de maior produtividade e retornos financeiros” (Jones, 2004, p. 563)
Inteligência emocional	Modelo de liderança que se refere à capacidade de usar as emoções na busca do sucesso. Para Reeves (2005, p. 176) “é importante que os enfermeiros cultivem estas habilidades, porque os comportamentos associados à inteligência emocional promovem a missão da enfermagem.”
Liderança autêntica	Modelo de liderança em que o líder, para exercer a liderança, deve ser honesto com ele mesmo e com seus valores, sendo esta a condição de suas ações.
Liderança quântica	Modelo de liderança baseado no modelo transformacional, o qual propõe que líderes e liderados devem trabalhar juntos na identificação de metas. Fundamentada na física quântica, sugere uma liderança inserida em processos dinâmicos.

Quadro 3: Teorias de liderança para explicar a relação entre líderes e liderados
Fonte: Marquis e Huston, 2010.

A percepção entre líderes e liderados é importante para a enfermagem hospitalar porque, segundo Robbins, Judge e Sobral (2010, p. 159), “[...] o comportamento das pessoas baseia-se em sua percepção da realidade, não na

realidade em si.” Para eles o importante para análise do comportamento é a forma como ele é percebido.

A distância entre gerentes e enfermeiros (e entre este último com os técnicos de enfermagem), consiste em um ponto crítico para o bom desempenho da equipe de trabalho. Uma possível explicação pode estar relacionada às diferentes concepções de liderança promotoras do distanciamento entre líderes e liderados, o que compromete a capacidade de influenciar para atingir os objetivos da organização.

Para Trevizan et al. (2001), os liderados devem reconhecer no líder seu estilo de liderança. O Grid Gerencial descreve 5 estilos de liderança nas duas dimensões: produção e pessoas. Reconhecer a autopercepção dos líderes (gerente e enfermeiro supervisor) e como os liderados (enfermeiros supervisores e técnicos de enfermagem) o percebem, à luz das Teorias Grid, consiste em investigar o alinhamento entre chefia e subordinado, fator fundamental para o bom desempenho das organizações de saúde cada vez mais competitivas.

Desta forma, há o seguinte questionamento: qual o grau de alinhamento entre a percepção de líderes e liderados do maior grupo de funcionários do hospital - a enfermagem - e se, pelo (des) alinhar, deve haver ou não intervenção do exercício de liderança por parte dos gestores.

Capítulo 3

3 METODOLOGIA

3.1 SELEÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA

Em relação à amostra, procedeu-se à aplicação do questionário para uma das três diretorias do hospital pesquisado por integrar na sua hierarquia todos os profissionais com formação em Enfermagem. O critério de inclusão para participação da pesquisa parte dos seguintes requisitos:

1. Ser profissional da enfermagem (Gerente de enfermagem, Enfermeiro e Técnico de enfermagem). Convém ressaltar o fato de os Auxiliares de enfermagem entrevistados também serem técnicos, propiciando agregá-los a um grupo único de nível médio;
2. Ser empregado do hospital.

Com relação à análise de enfermeiros supervisores com técnicos de enfermagem, foram pesquisados os doze setores da diretoria selecionada. Como as gerências intensivas e cirúrgicas possuem mais de um líder simultaneamente, esses locais tiveram mais de um liderança pesquisada, totalizando 19 análises de líderes para 331 liderados. Foram entrevistados 254 técnicos de enfermagem, o que representa 77% do total deste profissional. O resultado de 331 liderados se deve ao fato de um técnico ter mais de um líder e, com isso, foram analisados dois enfermeiros supervisores.

Quanto às quatro gerências, o instrumento de coleta de dados foi aplicado em sua totalidade com resultado de 87% dos liderados enfermeiros supervisores, totalizando 47 profissionais.

3.2 CENÁRIOS DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital de grande porte, com atendimento filantrópico, particular, e convênio. A escolha da instituição foi em razão da quantidade de atendimentos e por concentrar características filantrópicas e privadas na mesma administração. Segundo Bittar (1996) os hospitais privados tem maior produtividade e esta afirmativa possibilita analisar a liderança em um contexto que prioriza a produção.

3.3 PRINCÍPIOS ÉTICOS

A pesquisa envolveu seres humanos, em conformidade com às exigências éticas e científicas fundamentais. Este estudo está consoante com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 196 de 10 de outubro de 1996, de acordo com a análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

Após análise do CEP, e a verificação de o pesquisador ter cumprido todas as suas exigências, o projeto foi aprovado no dia 21 de outubro de 2011, com o registro de nº 89/2011/CEP/FCSES.

3.4 FONTES E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente foi apresentado o projeto para a diretoria geral, com a finalidade de informar o objetivo da pesquisa e esclarecimento do instrumento de coleta de dados e o Termo de Consentimento livre-esclarecido.

Como instrumento para a coleta de dados, foram elaborados 2 questionários (Apêndice A), com 10 perguntas baseadas nas duas dimensões do Grid Gerencial (produção e pessoas). As 5 características de liderança do Grid Gerencial (9.9, 1.9, 9.1, 5.5 e 1.1), tiveram 2 perguntas cada no instrumento de coleta de dados dispostas da seguinte forma:

- Questões 1 e 6 – Preocupação mínima com produção e pessoas;
- Questões 2 e 7 - Preocupação máxima com pessoas e mínima com produção;
- Questões 3 e 8 - Preocupação máxima com produção e mínima com pessoas;
- Questões 4 e 10 - Preocupação máxima com produção e pessoas; e
- Questões 5 e 9 – Equilíbrio entre atenção a pessoas e produção.

O questionário “A” está voltado aos líderes enfermeiros supervisores e gerentes; já o instrumento de coleta de dados “B” está direcionado aos liderados enfermeiros supervisores e técnicos de enfermagem

Cada item utilizado para mensurar a percepção de liderança foi baseado na escala Likert com variação de 5 pontos (1 = discordo totalmente, a 5 = concordo totalmente). A aplicação do questionário ocorreu entre os meses de dezembro de

2011 e março de 2012, por meio de uma abordagem individual aos profissionais de enfermagem.

Foram selecionados dois grupos diferentes de líderes e liderados. O primeiro foi caracterizado pelos Enfermeiros, como líderes avaliados pelos seus liderados técnicos de enfermagem. O segundo caracterizado por Gerentes (líder), avaliados pelos Enfermeiros (subordinado).

A consistência dos instrumentos foi avaliada por meio de uma análise fatorial exploratória (EFA) cujos resultados foram submetidos à rotação Varimax, que maximiza a soma de variâncias de cargas exigidas da matriz fatorial, indicando uma clara associação positiva ou negativa entre a variável e o fator (HAIR JUNIOR, et al, 2006, p. 106).

3.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Os resultados foram apresentados pelas análises estatísticas ao nível alfa de 5% e teve como início a análise descritiva dos dados para serem sumarizados e melhor compreendidos.

A fim de verificar se as duas dimensões do Grid Gerencial se enquadram nos cinco fatores de quantificação em relação à preocupação com a produção e pessoas, utilizou-se da análise fatorial exploratória (AFE) com a rotação Varimax, que maximiza a soma de variâncias de cargas exigidas da matriz fatorial, indicando uma clara associação positiva ou negativa entre a variável e o fator (HAIR JUNIOR, et al. 2006, p. 106). Assim, após os fatores terem sido agrupados, foi proposta a análise discriminante - uma técnica estatística que auxilia a identificar as variáveis que melhor se discriminam entre dois ou mais grupos de indivíduos (MARÔCO,

2010). Para avaliar se as notas dos líderes foram maiores ou menores que as dos seus liderados, utilizou-se o teste de Mann Whitney, que é um teste não paramétrico (não precisa da suposição de normalidade dos dados) e que pode ser utilizado em alternativa ao teste t-Student para amostras independentes. Utiliza-se o teste de Friedman para comparar duas ou mais amostras relacionadas. Para realizar-se esse teste, foram estudadas as distâncias euclidianas provenientes dos escores de indivíduos observados sob todas as condições (variáveis). Cada linha fornece distância dos escores de um indivíduo (líder) e seus liderados, sob as k condições (variáveis). O programa utilizado nas análises estatísticas foi o SPSS IBM Statistics 19.

3.6 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Para Vergara (2000), todo método está sujeito a limitações. Em relação a esta pesquisa podemos descrever as seguintes considerações:

- Uma única instituição hospitalar como cenário de investigação, limitando a generalização dos resultados em relação às outras instituições de saúde; e
- A aplicação do questionário no horário de trabalho dos profissionais, limitando as respostas, pelo receio das informações serem passadas para os seus respectivos gestores, mesmo com a garantia de sigilo informada pelo pesquisador.
- Quantitativo amostral pequeno de gerentes na instituição hospitalar.

Capítulo 4

4 RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DA ANÁLISE DESCRITIVA DA PESQUISA

A análise descritiva tem por finalidade fornecer um maior entendimento das variáveis do estudo, possibilitando uma descrição geral dos dados (FREUND; SIMON, 2000).

As tabelas 21 e 22 (apêndice B) estão relacionadas às análises descritivas para os técnicos em enfermagem que avaliaram os enfermeiros supervisores e os enfermeiros supervisores que se autoavaliaram. Já as tabelas 23 e 24 (apêndice B) estão direcionadas a análise dos enfermeiros supervisores que avaliaram os gerentes, e os gerentes que se autoavaliaram.

Na tabela 21, observa-se que há uma diferença maior nas respostas entre técnicos (liderados) e enfermeiros (líderes), com relação à questão 3, seguida da questão 5.

A questão 3 questiona o uso de autoridade para atingir melhor resultado no setor, e 32,9% - correspondente à maioria dos técnicos - concordam com a afirmação, enquanto a maior parte dos enfermeiros (42,1%) discordam dela

Referente à questão 5, relacionada à liderança, que busca equilíbrio entre os resultados da empresa e a satisfação do funcionário do setor, 79% dos enfermeiros em sua autoavaliação concordam com essa afirmação; já os técnicos dividem a maioria de sua opinião entre nem discordo / nem concordo com concordo.

Como o Grid Gerencial apresenta 5 características de liderança dispostas em conjunto de questões duas a duas (1 e 6, 2 e 7, 3 e 8, 4 e 10, 5 e 9), o resultado é bem parecido com o anterior (questões de 1 a 5), com exceção das questões Q7 e Q10 conforme apresentado na tabela 22.

Na questão 7, semelhante à questão 2, percebe-se uma mudança na percepção da autoavaliação do enfermeiro supervisor em que antes (Q2) 42.1% discordavam totalmente e, agora, 47.4% discordam, ou seja, não acreditam totalmente serem os funcionários mais importantes que os objetivos do setor. Enquanto na questão 10 percebeu-se uma mudança de percepção entre os técnicos, já que cerca de 32% dos entrevistados eram neutros (nem concordavam / nem discordavam) quando o assunto era a produção (Q5), e agora (Q10) em relação ao assunto pessoas, cerca de 45% deles concordam que o supervisor tem preocupação com os funcionários e com a produção.

Para a questão Q1 (tabela 23), repara-se que 75% dos gerentes dizem discordar que os enfermeiros supervisores têm pouca preocupação com eles e com as metas do setor; já na autoavaliação dos enfermeiros, há um empate entre os que discordam e os que discordam totalmente dessa afirmação

Quando perguntados se os gerentes concedem benefícios especiais para os funcionários, mesmo com prejuízo para o resultado do setor, 100% dos gerentes discordaram totalmente, enquanto 36.2% dos enfermeiros discordam.

Quando perguntados se seu líder se utiliza de autoridade para atingir melhor resultado no setor de produção, 50% dos gerentes discordam da afirmação e, no tocante aos enfermeiros, há um empate entre os que nem discordam / nem concordam com os que concordam.

Para a pergunta sobre o supervisor priorizar o bom relacionamento com os funcionários para atingir o melhor resultado no setor de produção, 75% dos gerentes concordam totalmente ao passo que 38.3% dos enfermeiros concordam.

Para os gerentes 50% concordam e 50% concordam totalmente com a pergunta Q5 – busca o equilíbrio entre os resultados da empresa e a satisfação do funcionário do setor, enquanto cerca de 38% dos enfermeiros em sua autoavaliação nem discordam dessa afirmação / nem concordam com ela.

Apesar de o Grid Gerencial ter 5 características de liderança dispostas em conjunto de questões duas a duas (1 e 6, 2 e 7, 3 e 8, 4 e 10, 5 e 9), o resultado foi bem diferente ao anterior (questões de 1 a 5), com exceção das questões Q7 e Q10 (tabela 24). Assim, nota-se uma mudança na percepção da autoavaliação do enfermeiro supervisor - antes (Q1) 75% discordavam totalmente; agora, 75% discordam, ou seja, não acreditam totalmente que são indiferentes às necessidades dos funcionários e aos resultados produtivos do setor. Enquanto isso, na questão 8, percebeu-se uma mudança de percepção entre os gerentes já que estes - quando o assunto era a produção (Q3) -, 50% dos entrevistados discordavam e, agora, (Q8) em relação ao assunto pessoas, 50% destes concordam que o supervisor tenha um alto nível de exigência para finalizar tarefa independente de compromissos pessoais dos funcionários do setor.

Outra mudança foi percebida na questão 9 em relação à questão 5, onde os gerentes agora (Q9) 100% concordam que o supervisor tem preocupação máxima com os funcionários e com a produção do setor. Já antes, (Q5) essa percentagem era de 50% para os que concordam e 50% para os que concordam totalmente.

4.2 ANÁLISE FATORIAL

4.2.1 Comparação entre enfermeiros supervisores e técnicos em enfermagem

A intenção desta análise para este estudo foi a de reduzir o número de questões de dez para cinco, já que as características de liderança do Grid Gerencial são dispostas em 5 pares.

TABELA 1: TESTE DE KMO E BARTLETT PARA O GRUPO DE ENFERMEIROS E TÉCNICOS

Kaiser-Meyer-Olkin Medida de adequação da amostra.		0.590
Bartlett's Teste de Esfericidade	Qui-Quadrado aproximado	2511.764
	GI	45
	Sig.	0.000

O teste de KMO (Measure of Sampling Adequacy – MSA) para avaliar a explicação dos dados a partir dos fatores encontrados viabiliza a utilização da análise fatorial.

O teste de esfericidade de Bartlett apresentou um p-valor de 0,000 que é menor do que 0,05; logo, existem relações suficientes entre as questões para a aplicação da análise fatorial.

TABELA 2: COMUNALIDADES

	Inicial	Extração
Q1	1.000	0.937
Q2	1.000	0.922
Q3	1.000	0.938
Q4	1.000	0.927
Q5	1.000	0.926
Q6	1.000	0.938
Q7	1.000	0.925
Q8	1.000	0.939
Q9	1.000	0.928
Q10	1.000	0.926

Método de extração: Análise de Componentes Principais.

A Tabela de comunalidades mostra para os fatores extraídos, a percentagem da variância explicada pelos fatores comuns para as variáveis. Assim, os valores satisfatórios deverão ser acima de 50% para todas as variáveis, como ocorre na tabela acima.

TABELA 3: TOTAL DA VARIÂNCIA EXPLICADA

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de cargas ao quadrado		
	Total	% da Variância	% Acumulada	Total	% da Variância	% Acumulada
1	3.347	33.467	33.467	3.347	33.467	33.467
2	1.881	18.810	52.277	1.881	18.810	52.277
3	1.638	16.377	68.653	1.638	16.377	68.653
4	1.530	15.300	83.954	1.530	15.300	83.954
5	0.910	9.098	93.052	0.910	9.098	93.052
6	0.181	1.806	94.858			
7	0.151	1.513	96.371			
8	0.134	1.339	97.710			
9	0.121	1.205	98.916			
10	0.108	1.084	100.000			

Método de extração: Análise de Componentes Principais.

TABELA 4: TOTAL DA VARIÂNCIA EXPLICADA

Componente	Somadas de rotação de cargas ao quadrado		
	Total	% da Variância	% Acumulada
1	1.887	18.868	18.868
2	1.877	18.765	37.633
3	1.855	18.548	56.181
4	1.846	18.464	74.645
5	1.841	18.407	93.052

Método de extração: Análise de Componentes Principais.

A Tabela acima apresenta os valores próprios para cada fator e a variância explicada por eles. Assim, a análise fatorial com 5 fatores explica 93.05% da variabilidade total dos dados originais.

TABELA 5: MATRIZ DE COMPONENTE ROTACIONADA

	Componente					Nomes dos fatores
	1	2	3	4	5	
Q1	0.954	0.040	-0.141	-0.059	0.037	Fator 1 - Preocupação mínima com produção e pessoas.
Q6	0.962	0.046	-0.044	-0.067	0.060	
Q4	-0.090	0.921	-0.116	0.237	-0.011	Fator 2 - Preocupação máxima com produção e pessoas.
Q10	-0.114	0.921	-0.083	0.242	0.008	
Q3	-0.098	0.048	0.955	-0.117	-0.007	Fator 3 - Preocupação máxima com produção e mínima com pessoas.
Q8	-0.092	0.039	0.959	-0.096	0.023	
Q5	-0.151	-0.070	0.239	0.914	-0.073	Fator 4 - Equilíbrio entre atenção a pessoas e produção.
Q9	-0.081	-0.066	0.242	0.925	-0.051	
Q2	0.020	0.081	0.031	-0.097	0.951	Fator 5 - Preocupação máxima com pessoas e mínima com produção.
Q7	-0.004	0.014	-0.035	-0.014	0.961	

Método de extração: Análise de Componentes Principais.

Método de rotação: Varimax com normalização Kaiser.

A matriz da componente rotacionada é apresentada os *loadings* da solução inicial e após a rotação dos fatores. Com isso é possível observar o agrupamento das questões que mais se assemelham.

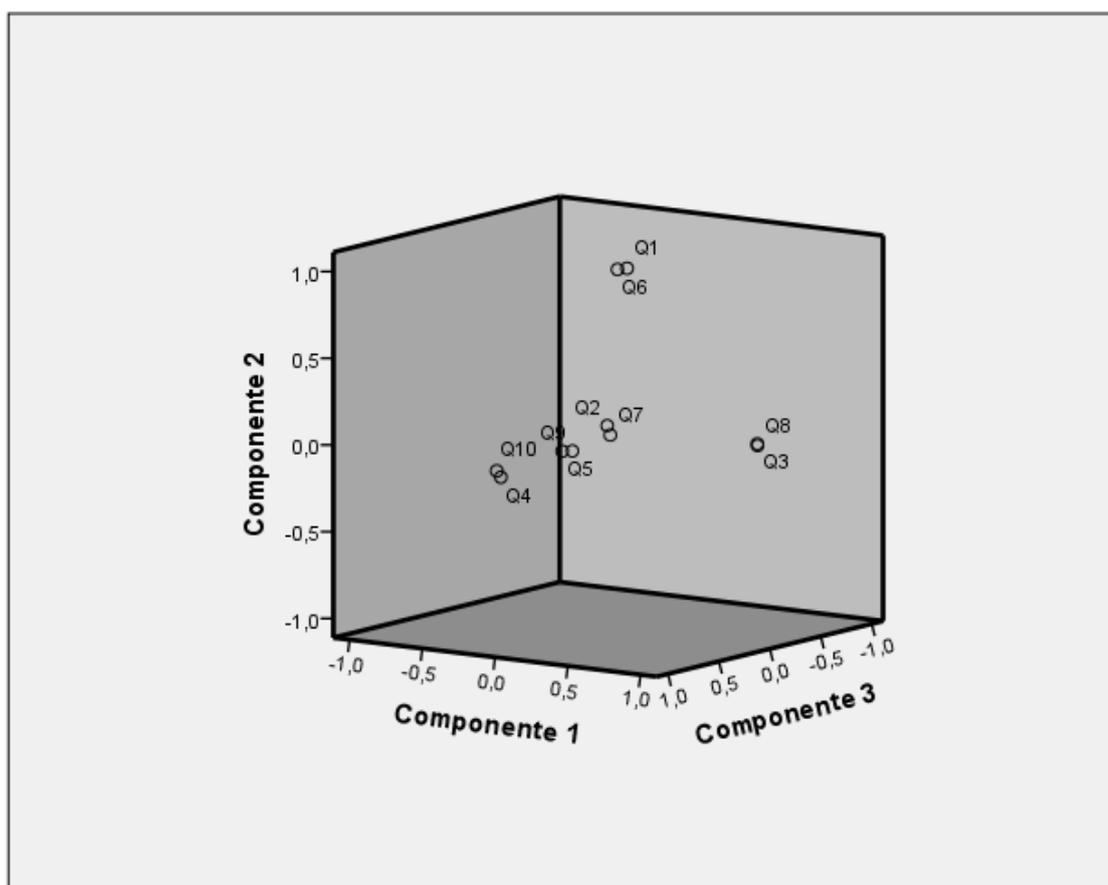


Figura 4: Espaço rotacionado

A figura 4 revela os fatores após a rotação dos mesmos, mostrando que as questões Q1 e Q6 ficaram juntas num fator. Os outros fatores são: Q2 com Q7, Q3 com Q8, Q4 com Q10 e Q5 com Q9.

4.2.2 Comparação entre líderes enfermeiros supervisores e gerentes

TABELA 6: TESTE DE KMO E BARTLETT PARA O GRUPO DE ENFERMEIROS E GERENTES

Kaiser-Meyer-Olkin Medida de adequação da amostra.		0.674
Bartlett's Teste de Esfericidade	Qui-Quadrado aproximado	364.043
	GI	45
	Sig.	0.000

O teste de KMO (Measure of Sampling Adequacy – MSA) para avaliar a explicação dos dados a partir dos fatores encontrados viabiliza a utilização da análise fatorial.

O teste de esfericidade de Bartlett apresentou um p-valor de 0,000 que é menor do que 0,05; logo, existem relações suficientes entre as questões para a aplicação da análise fatorial.

TABELA 7: COMUNALIDADES

	Inicial	Extração
Q1	1.000	0.957
Q2	1.000	0.916
Q3	1.000	0.907
Q4	1.000	0.935
Q5	1.000	0.909
Q6	1.000	0.950
Q7	1.000	0.925
Q8	1.000	0.928
Q9	1.000	0.944
Q10	1.000	0.938

Método de extração: Análise de Componentes Principais.

A Tabela de comunalidades mostra para os fatores extraídos a percentagem da variância explicada pelos fatores comuns para as variáveis. Dessa forma, os valores satisfatórios deverão ser acima de 50% para todas as variáveis, como ocorre na tabela acima.

TABELA 8: TOTAL DA VARIÂNCIA EXPLICADA

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de cargas ao quadrado		
	Total	% da Variância	% Acumulada	Total	% da Variância	% Acumulada
1	4.558	45.576	45.576	4.558	45.576	45.576
2	1.941	19.409	64.986	1.941	19.409	64.986
3	1.151	11.506	76.492	1.151	11.506	76.492
4	1.120	11.196	87.689	1.120	11.196	87.689
5	0.541	5.414	93.102	0.541	5.414	93.102
6	0.217	2.172	95.274			
7	0.160	1.602	96.876			
8	0.152	1.515	98.391			
9	0.095	0.948	99.340			
10	0.066	0.660	100.000			

Método de extração: Análise de Componentes Principais.

TABELA 9: TOTAL DA VARIÂNCIA EXPLICADA

Componente	Somadas de rotação de cargas ao quadrado		
	Total	% da Variância	% Acumulada
1	1.966	19.659	19.659
2	1.909	19.087	38.746
3	1.850	18.496	57.242
4	1.799	17.989	75.231
5	1.787	17.871	93.102

Método de extração: Análise de Componentes Principais.

A Tabela acima apresenta os valores próprios para cada fator e a variância explicada por eles. Desse modo, a análise fatorial com 5 fatores explica 93.10% da variabilidade total dos dados originais.

TABELA 10: MATRIZ DE COMPONENTE ROTACIONADA

	Componente					Nomes dos fatores
	1	2	3	4	5	
Q1	0.898	-0.019	0.193	-0.148	0.302	Fator 1 - Preocupação mínima com produção e pessoas.
Q6	0.879	-0.068	0.251	-0.143	0.299	
Q4	-0.127	0.957	-0.041	0.020	-0.022	Fator 2 - Preocupação máxima com produção e pessoas.
Q10	0.065	0.957	0.038	0.107	0.075	
Q3	0.278	-0.082	0.845	-0.201	0.262	Fator 3 - Preocupação máxima com produção e mínima com pessoas.
Q8	0.142	0.057	0.941	-0.130	0.043	
Q5	-0.111	0.236	-0.143	0.824	-0.376	Fator 4 - Equilíbrio entre atenção a pessoas e produção.
Q9	-0.159	-0.026	-0.184	0.936	-0.087	
Q2	0.307	0.032	0.297	-0.330	0.790	Fator 5 - Preocupação máxima com pessoas e mínima com produção.
Q7	0.371	0.061	0.061	-0.151	0.870	

A matriz da componente rotacionada é apresentada os *loadings* da solução inicial e após a rotação dos fatores. Assim, é possível observar o agrupamento das questões que mais se assemelham.

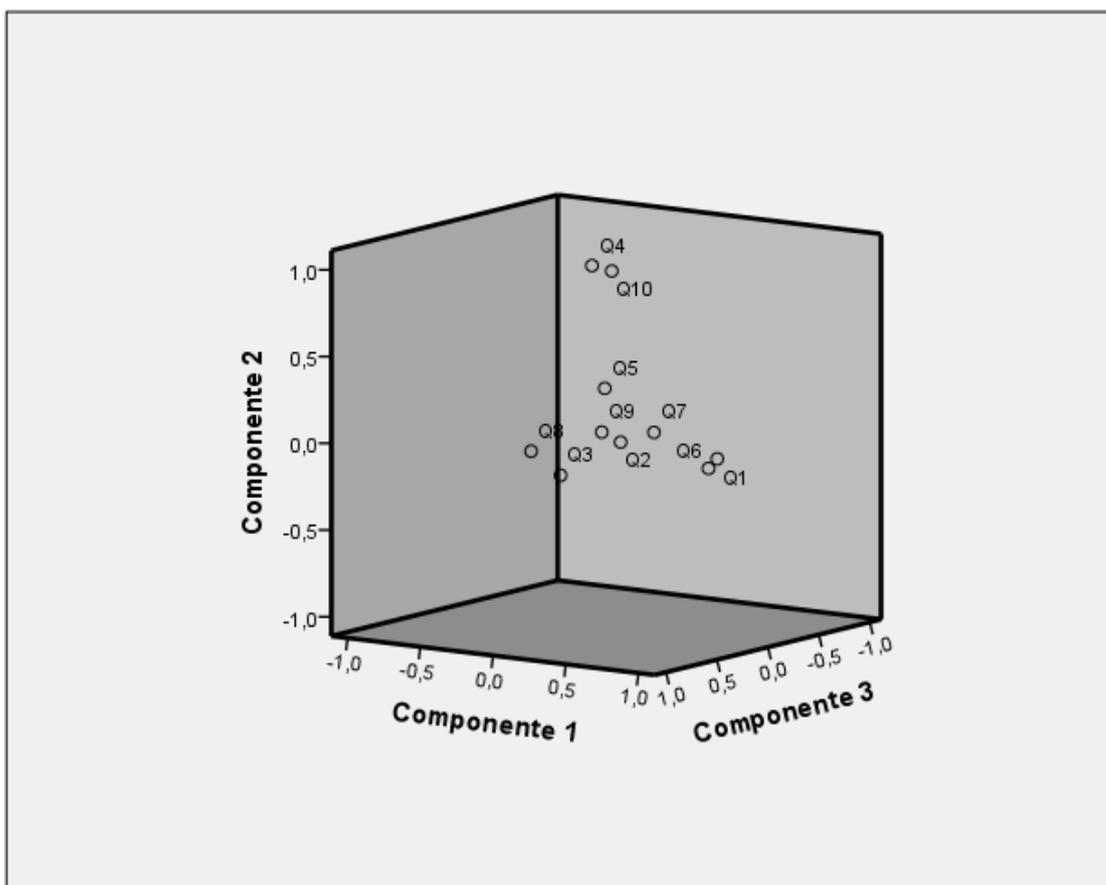


Figura 5: Espaço rotacionado

A figura 5 revela os fatores após a rotação dos mesmos, mostrando que as questões Q1 e Q6 ficaram juntas num fator. Os outros fatores são: Q2 com Q7, Q3 com Q8, Q4 com Q10 e Q5 com Q9.

4.3 ANÁLISE DISCRIMINANTE

4.3.1 Comparação entre enfermeiros supervisores e técnicos de enfermagem

Após reduzir em 5 fatores, necessitou-se da análise discriminante para averiguar as percepções dos enfermeiros supervisores e os técnicos entre si.

TABELA 11: TESTE M DE BOX E ESFERICIDADE DE BARTLETT

	M de Box	56.346
	Aprox.	3.369
F	GI1	15
	GI2	3697.356
	Sig.	0.000

Testes hipótese nula de matrizes de covariância iguais na população.

Um dos pressupostos para o uso correto desta ferramenta é que as matrizes de variância e covariância sejam iguais entre os grupos. A tabela 11 apresenta o teste utilizado para se verificar esse pressuposto. Repara-se que as variâncias de cada grupo são diferentes pelo teste M de Box, e rejeitou-se a hipótese nula de igualdade das matrizes de variâncias-covariâncias para os 5 grupos. No entanto, mesmo violando esse pressuposto, deu-se prosseguimento às análises e foram efetuados novos testes para verificação da adequação da ferramenta ao estudo. A violação deste pressuposto não é forte o suficiente para se inviabilizar (CORRAR; PAULO; DIAS FILHO, 2011).

TABELA 12: WILKS' LAMBDA

Teste de Função	Wilks' Lambda	Qui-Quadrado	Gl	Sig.
1	0.929	25.494	5	0.000

Este teste serve para avaliar a significância da função discriminante. Portanto, rejeita-se a hipótese nula de igualdade entre as médias dos grupos. Pode-se concluir que o poder discriminante da função é significativo de acordo com o teste qui-quadrado. A estatística Wilks' Lambda é uma medida inversamente proporcional ao potencial de separação, quanto menor for o Wilks' Lambda maior o potencial de separação dos grupos de interesse do estudo. Apesar do valor de Wilks' Lambda ser desejável próximo de zero, a significância do teste indica que pode-se considerar o modelo adequado. Com isso não há evidências estatísticas para descartar o modelo mesmo não tendo Wilks' Lambda tão pequeno quanto desejável.

TABELA 13: COEFICIENTE DA FUNÇÃO DISCRIMINANTE CANÔNICA PADRONIZADA

	Função
	1
Fator 1	0.185
Fator 2	0.858
Fator 3	-0.202
Fator 4	-0.234
Fator 5	0.411

Os coeficientes padronizados da função discriminante ilustram um maior coeficiente para o fator 2. Por conseguinte, esta é a que tem maior peso na discriminação dos grupos. O grid 9.9 relacionado ao fator 2 descreve um ideal de liderança participativa (SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006).

TABELA 14: RESULTADOS DA CLASSIFICAÇÃO

		Grupo predito			
		Cargo	Enfermeiro	Técnico em Enfermagem	Total
Original	Contagem	Enfermeiro	17	2	19
		Técnico em Enfermagem	102	229	331
	%	Enfermeiro	89.5	10.5	100.0
		Técnico em Enfermagem	30.8	69.2	100.0

Nota: 70.3% dos grupos foram corretamente classificados

A Tabela 14 apresenta os resultados da classificação onde foram classificados corretamente 70.3% dos casos. Conseqüentemente, a análise discriminante para classificar um indivíduo ou elemento tem um bom nível de capacidade para classificar os enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4.3.2 Comparação entre líderes enfermeiros supervisores e gerentes

Os testes não puderam ser realizados, pois, há menos de duas matrizes de covariâncias não singulares, ou seja, que admite inversa e o seu determinante não nulo. Mesmo não tendo como avaliar a hipótese nula de igualdade das matrizes de variâncias-covariâncias para os 5 grupos, deu-se prosseguimento às análises para verificar o desempenho da função obtida; logo, o estudo não se inviabiliza (CORRAR; PAULO; DIAS FILHO, 2011).

TABELA 15: WILKS' LAMBDA

Teste de Função	Wilks' Lambda	Qui-Quadrado	Gl	Sig.
1	0.883	5.396	5	0.370

Este teste serve para verificar a significância da função discriminante. Portanto, além da estatística de Wilks' Lambda ser próxima a 1 que não é um bom

indício de poder de discriminação. O teste qui-quadrado não apresentou significância suficiente para rejeitar a hipótese nula de igualdade entre as médias dos grupos. Com isso, pode-se concluir que o poder discriminante da função não é significativo e os grupos não são bem separados para discriminar eficientemente os grupos. Para comparação entre gerentes e enfermeiros a análise discriminante não apresenta resultados satisfatórios. Contudo, como a porcentagem de acerto da função discriminante foi consideravelmente alta, serão apresentadas as demais estatísticas referentes à ferramenta.

TABELA 16: COEFICIENTE DA FUNÇÃO DISCRIMINANTE CANÔNICA PADRONIZADA

	Função
	1
Fator 1	-0.128
Fator 2	0.785
Fator 3	0.091
Fator 4	0.601
Fator 5	0.264

Os coeficientes padronizados da função discriminante ilustram um maior coeficiente para o fator 2 semelhante a análise de técnicos e enfermeiros. Assim, esta é a que tem maior peso na discriminação dos grupos. Já o segundo maior em relação à gerente e enfermeiros é o fator 4.

TABELA 17: RESULTADOS DA CLASSIFICAÇÃO

		Grupo predito			
		Cargo	Gerente	Enfermeiro	Total
Original	Contagem	Gerente	3	1	4
		Enfermeiro	13	31	44
	%	Gerente	75.0	25.0	100.0
		Enfermeiro	29.5	70.5	100.0

Nota: 70.8% dos grupos foram corretamente classificados.

A Tabela 17 apresenta os resultados da classificação onde foram classificados corretamente 70.8% dos casos. Por isso, a análise discriminante para classificar um indivíduo ou elemento tem um bom nível de capacidade para classificar os enfermeiros e gerentes.

4.4 TESTE DE MANN-WHITNEY

Como o objetivo de verificar as diferenças entre dois grupos independentes de líderes e subordinados em enfermagem utilizou-se o teste não-paramétrico *U* de Mann-Whitney. Nesse teste estatístico rejeita-se a hipótese nula quando há diferença entre a média da variável *i* ao comparar as amostras

4.4.1 Comparação entre enfermeiros supervisores e técnicos de enfermagem

A seguir é apresentado o teste de Mann-Whitney para as notas dadas pelos enfermeiros supervisores e técnicos de enfermagem. Só serão apresentadas aquelas que obtiveram significância estatística ($p\text{-valor} < 0.05$).

Pela Tabela 18, repara-se que dentre as questões as quais se mostraram estatisticamente significativas, os técnicos em enfermagem deram notas maiores para as questões Q1, Q2, Q6 e Q7. Já na questão Q9, os enfermeiros supervisores foram menos críticos do que os técnicos. Em relação às demais perguntas, o teste de Mann-Whitney não apresentou significância estatística; logo, para este as notas são relativamente iguais.

TABELA 18: TESTE DE MANN-WHITNEY

	Cargo	N	Média da ordem	Soma das ordens	P-Valor
Q1	Técnico em enfermagem	331	181.26	59995.50	0.000
	Enfermeiro supervisor	19	75.24	1429.50	
Q2	Técnico em enfermagem	331	178.15	58968.00	0.033
	Enfermeiro supervisor	19	129.32	2457.00	
Q6	Técnico em enfermagem	331	181.46	60063.00	0.000
	Enfermeiro supervisor	19	71.68	1362.00	
Q7	Técnico em enfermagem	331	178.00	58917.00	0.044
	Enfermeiro supervisor	19	132.00	2508.00	
Q9	Técnico em enfermagem	331	173.00	57264.50	0.043
	Enfermeiro supervisor	19	218.97	4160.50	

4.4.2 Comparação entre líderes enfermeiros supervisores e gerentes

TABELA 19: TESTE DE MANN-WHITNEY

	Cargo	N	Média da ordem	Soma das ordens	P-Valor
Q2	Gerente	4	6.50	26.00	0.003
	Enfermeiro supervisor	47	27.66	1300.00	
Q4	Gerente	4	46.00	184.00	0.001
	Enfermeiro supervisor	47	24.30	1142.00	
Q5	Gerente	4	44.25	177.00	0.006
	Enfermeiro supervisor	47	24.45	1149.00	
Q10	Gerente	4	44.25	177.00	0.006
	Enfermeiro supervisor	47	24.45	1149.00	

Pela comparação entre as notas dos gerentes com os liderados enfermeiros (tabela 19), apenas a questão 2 o gerente demonstrou notas menores enquanto ao resto das questões Q4, Q5 e Q10 o mesmo é maior do que os seus subordinados enfermeiros supervisores. Já nas demais perguntas o teste de Mann-Whitney não apresentou significância estatística; por conseguinte; para este as notas são relativamente iguais.

4.5 TESTE DE FRIEDMAN

A finalidade da aplicação do teste de Friedman foi para comparar duas ou mais amostras relacionadas. Para realizar este teste, foram estudadas as distâncias euclidianas provenientes dos escores de indivíduos observados sob todas as condições (variáveis). Cada linha fornece distância dos escores de um indivíduo (líder) e seus liderados, sob as k condições (variáveis).

O teste de Friedman foi usado para verificar a diferença entre as notas das variáveis dentro de cada amostra para elencar as variáveis de maior distância. Essa informação só é válida ao rejeitar a hipótese nula de igualdade das médias.

TABELA 20: TESTE DE FRIEDMAN, MÉDIA DOS RANKINGS E P-VALOR

Questões	Média dos Rankings
Q1	6,97
Q6	6,92
Q2	6,63
Q3	6,58
Q7	6,34
Q8	5,29
Q5	4,37
Q10	4,29
Q4	3,87
Q9	3,74
P-Valor	,001

Conforme mostra a tabela, a hipótese nula de igualdade da média dos rankings é rejeitada ao nível de confiança de 5%. Dessa forma pode-se concluir que a maior diferença entre líder e liderado esta na Q1 seguida pela Q6. As menores diferenças entre as distâncias entre as notas dadas por líderes e liderados estão nas questões nove e quatro.

Capítulo 5

5 DISCUSSÃO

Conforme os resultados da análise descritiva embora a maioria dos enfermeiros discorde de ser um líder autoritário (Grid 9.1) - que para Marquis e Huston (2010) é caracterizado como controlador, centralizador, crítico punitivo, direcionador e exigente na produtividade dos seus subordinados -, essa é a visão da maioria dos técnicos de enfermagem em relação a seus supervisores nessa análise. Para Kouzes e Posner (2010), os liderados admiram seu líder pela honestidade, competência, visão e inspiração, o que pode ser resumido em um único adjetivo: credibilidade.

O líder em enfermagem, para Lanzoni e Meirelles (2011), alinha sua conduta à filosofia institucional e em estudos previamente selecionados, um dos estilos mais encontrado é o autoritário.

Observa-se na análise descritiva que a maioria dos enfermeiros concorda em desempenhar uma liderança que busca equilíbrio entre os resultados da empresa e a satisfação do funcionário, embora os técnicos dividam suas opiniões. Este estilo 5.5 é caracterizado pela preocupação média com a produção e com as pessoas tratando de uma divisão da cultura organizacional, entretanto não abandona o poder e autoridade do líder gestor no cumprimento dos objetivos organizacionais. Tal estilo é reconhecido como conciliador, conquanto não abandone a manutenção do *status quo* institucional (SANTOS, OLIVEIRA E CASTRO, 2006).

A partir dos resultados dos dois grupos de líderes e liderados não se pode afirmar que o líder situado no mais alto nível hierárquico possui maior autoridade,

pois a maior evidência desse estilo está na percepção dos técnicos de enfermagem para com os enfermeiros. No tocante à gerência com enfermeiros, não há um posicionamento claro quanto ao estilo autoritário de liderança. Os dados apresentados pela pesquisa não podem ser confirmados por Maximiano (2008), o qual descreve que quanto maior o poder do líder maior será seu estilo autoritário. Já para Brandt e Oliveira (2009), o estilo do comportamento do líder não é tão importante quando comparado a sua compreensão e consideração da intersubjetividade do grupo de subordinados.

Finalizando a discussão da análise descritiva, observa-se que nenhuma liderança em sua autopercepção assume os estilos 1.1 (Q1 e Q6) e 1.9 (Q2 e Q7). Para Santos e Castro (2008), o líder com preocupação mínima com pessoas e produção (1.1) tem um reflexo negativo para a organização, pois emocionalmente esse chefe em enfermagem já se demitiu, e seu papel se concentra simplesmente na manutenção do emprego. Ao discordar em priorizar pessoas a produção (1.9) a liderança deixa de lado o relacionamento amigável, o calor humano e direciona seus esforços à capacidade produtiva dos funcionários (FAVERO et al 1997).

Em relação à análise discriminante, o fator 2 correspondente ao estilo 9.9, possui a maior diferença de opinião e conseqüentemente consiste em um indicador que melhor discrimina o grupo de líderes e liderados em enfermagem. O enfermeiro supervisor e o gerente - como líderes - devem investigar e avaliar qual o seu estilo de liderança baseado no Grid Gerencial e buscar cada vez mais se enquadrar no estilo que prioriza pessoas e produção (9.9) (TREVIZAN et al, 2001)

No teste de Mann-Whitney, observou-se que os liderados de ambos os grupos pesquisados deram notas maiores à questão 2, isto é, concordam com mais intensidade que os líderes concedem benefícios especiais aos integrantes do

grupo. Ao analisar esse resultado, nós nos reportamos à Teoria líder e liderado, na qual o gerente líder, mesmo não percebendo, pode privilegiar um pequeno grupo de subordinados, chamado “grupo interno” (ROBBINS, 2010).

Ao atender às necessidades do liderado, o gerente só será eficaz caso esse benefício o fortaleça a ponto de atingir os objetivos organizacionais (HOWATSON-JONES, 2004).

Diante dos resultados do teste de Friedman, há uma incongruência entre as percepções de líderes e liderados em consonância com a análise descritiva previamente apontada. Ao identificar que a maior diferença de opiniões está na questão um, seguida pela questão seis (estilo 1.1), podemos afirmar, segundo Robbins (2009) e Cavalcanti, Carpilovsky e Lund (2006), que as características de liderança a qual deixa o trabalho por conta de seus liderados, sem posicionamento e metas organizacionais, consiste nesse estudo na maior distância de percepção entre líderes e liderados em enfermagem.

Para Wolf, Boland e AuKerman (2004), essa distância pode prejudicar o propósito coletivo e – como a liderança é um processo de influenciar pessoas - o desalinhar de concepções entre líderes e liderados em enfermagem interfere nas metas organizacionais. Para Garcia e Santa – Barbara(2009) o distanciamento entre enfermeiros e técnicos de enfermagem consiste em um nó crítico nas relações de trabalho. Segundo Kurcgant (2005), não basta a chefia articular turnos consecutivos de trabalho de seus funcionários; é necessário também buscar estratégias de aprendizado contínuo entre ele e sua equipe.

Relacionado à autopercepção dos líderes, os autores da Teoria Grid argumentam que o entendimento dos conceitos de liderança tornam os líderes mais objetivos (BLAKE E MOUTON, 1987). Assim, Segundo Higa e Trevizan

(2005), conhecer o seu desempenho, alinhado ao que é percebido pelos seus liderados amplia sua capacidade crítica e a efetividade do seu poder de influenciar liderados.

Segundo Silva Junior, Vasconcelos e Silva (2010), o Grid Gerencial consiste em uma ferramenta capaz de identificar as deficiências do líder. Quando identificados problemas na produção, ocorre a concentração dos esforços no treinamento das habilidades de liderança relacionadas ao planejamento e produtividades. Na falta de orientação para pessoas os esforços devem estar concentrados na melhoria das relações interpessoais e comunicação.

Para Trevizan et al. (1998), a comunicação constitui-se em uma ferramenta indispensável num processo educativo e investigador com os liderados. A mensagem repassada pelo líder deve ser recebida, sem distorções.

Capítulo 6

6 CONCLUSÃO

O cenário de continuas mudanças na área da saúde faz com que haja interesse em investigar os profissionais de enfermagem por serem a maior equipe no âmbito hospitalar. Nessa perspectiva, surge o enfermeiro como líder, tendo que influenciar seus liderados na consecução dos objetivos organizacionais.

A liderança, porém, pode ser comprometida tanto pela falta de atitudes inovadoras como também pela incompreensão de que os seguidores são tão importantes quanto os líderes.

Se as teorias afirmam que o líder já nasce pronto ou há possibilidade de ser construído, avançando ainda mais, percebe-se a importância de ele ter consciência de estar inserido em um contexto grupal.

Neste estudo, o estilo autoritário (9.1), embora não apontado pela autopercepção de grande parte dos líderes, está presente na percepção dos subordinados técnicos. O autoritarismo interfere negativamente na motivação e participação dos liderados, distanciando a enfermagem das metas e objetivos das instituições hospitalares, e tornando cada vez mais desestimulante o desempenho profissional.

Espera-se que os resultados desta pesquisa auxiliem a compreensão de que, para transformar-se em um líder eficaz em enfermagem, é necessária uma compreensão do que seja liderança, e a autopercepção do seu estilo deve estar alinhada à percepção do liderado. Dentro de uma dicotomia entre produção e pessoas - uma vez não comprovado alinhamento - é fundamental um esforço

continuo a fim de estreitar os laços com seus subordinados. Sem isso, não há solidez e, conseqüentemente, não há vínculos, o que propicia alta rotatividade de técnicos e enfermeiros e resulta em desperdício de recursos na área hospitalar.

Como contribuição científica, pode-se destacar a análise simultânea de líderes e liderados pelo Grid Gerencial, até então testado como instrumento unilateral para caracterizar estilo de líder idealizado pela enfermagem. Outro ponto importante consiste em validar um instrumento sobre liderança em termos de confiabilidade, encontrando-se dentro dos limites de aceitabilidade cujo índice estimado resultante foi acima de 0,50 (Hair et al, 2006).

Sugerem-se novos estudos com objetivo de identificar o estilo de liderança dos líderes enfermeiros dentro do Grid Gerencial, levando em consideração a bidimensão: produção e pessoas. Diante da caracterização dos líderes enfermeiros, podemos caminhar em direção a um aperfeiçoamento profissional, no qual o autoritarismo dê lugar à autoridade com credibilidade a fim de resultar em processos organizacionais de melhor qualidade.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, S. C. et al. As percepções dos enfermeiros acerca da liderança. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 4, p. 617-24, dez. 2009.

AGUIAR, M.A.F. Psicologia aplicada à administração; uma introdução à psicologia organizacional. São Paulo, Atlas, 1981

AZEVEDO, C. S. Liderança e processos intersubjetivos em organizações da saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 349-61, 2002.

BERGAMINI, C. W. Liderança: a administração do sentido. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 34, n. 3, p.102-114, maio/jun. 1994.

BERGAMINI, C. W. **Competência: a chave do desempenho**, São Paulo, 2012

BOWDITCH, J. L.; BOUNO, A. F. **Fundamentos de comportamento organizacional**. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

_____. O desafio da liderança. In: BERGAMINI, C. W.; CODA, R. (Orgs.). **Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança**. 2. ed. São Paulo (SP): Atlas; 1997. p. 319-42.

BITTAR, O. J. N. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista de saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 53-60, 1996.

BLAKE, R. R.; MOUTON, J. S. **O novo grid gerencial**. 4. ed. São Paulo: Pioneira, 1987.

_____.; _____. **O grid gerencial III**. São Paulo: Pioneira, 1989.

_____.; _____. **O grid gerencial III**. 4. ed. São Paulo: Pioneira, 1997.

BRANDT, J. A.; OLIVEIRA, I. C. Análise das relações dos supervisores com suas equipes nas organizações de trabalho. **Psicol. USP**, São Paulo (SP), v. 20, n. 4, oct./dec. 2009.

DULEWICZ, V.; HIGGS, M. Assessing leadership styles and organisational context. *Journal of Managerial Psychology*, v. 20, n. 2, p. 105-123, 2005.

GOLEMAN, D.; BOYATZIS, R. E.; MCKEE, A. *The new leaders*. Cambridge, MA: Harvard Business School Press, 2003.

CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidade de Terapia Intensiva: uma visão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, [09 telas], jan.-fev. 2012.

CANASTRA, M. A. A. P.; FERREIRA, M. A. D. F. Liderar com competência...ou (treinar) competências de liderança. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 77-81, jan./abr. 2012.

CARDOSO, T. V. **O trabalho do enfermeiro**: percepção dos dirigentes de hospitais de grande porte no município de Porto Alegre. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Luterana do Brasil, Canoas (RS), 2002.

CAVALCANTI, V.L; CARPILOVSKY, M; LUND, M. Liderança e motivação. Série Gestão de Pessoas. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006

CORRAR, L. J.; PAULO, E.; DIAS-FILHO, J. M. (Orgs.). **Análise multivariada**. São Paulo: Atlas, 2011.

DI RIENZO, S. M. A challenge to nursing: promoting followers as well as leaders. **Holist Nurs Pract**, v. 9, n. 1, p. 26-30, 1994.

DRUCKER, P. F. **Administrando para o futuro**: os anos 90 e a virada do século. 5. ed. São Paulo (SP): Pioneira, 1996.

_____. Pessoas e desempenho ; tradução Afonso Celso da Cunha Serra, Rio de Janeiro: Elsevire, 2012

FREUND, J. E.; SIMON, G. A. **Estatística aplicada**. 9. ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

GAIDZINSK, R.; PERES, H. C.; FERNANDES, M. F. P. Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 57, n. 4, p. 464, 2004.

GALVÃO, C. M. **Liderança do enfermeiro de centro cirúrgico**. 1990. 69 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto (SP), 1990.

GALVÃO, C. M.; TREVIZAN, M. A.; SAWADA, N. A. Liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. **Revista Esc. Enfermagem USP**, v. 32, n. 4, p. 302-6, 1998.

GARCIA, I. G.; SANTA-BÁRBARA, E. S. Relação entre estilos de liderança e bases de poder das enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 3, maio/jun. 2009.

GREENBERG, J.; BARON, R. A. **Behavior in organizations**: understanding and managing the human side of work. 7. ed. New Jersey: Prentice-Hall, 2000.

GAIDZINSK, R.; PERES, H. C.; FERNANDES, M. F. P. Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 57, n. 4, p. 464, 2004.

GOLDENBERG, D. Nursing education leadership: effect of situation and constraint variables on leadership style. **Journal of Advanced Nursing**, v. 15, p. 1326-1334, 1990.

GOLEMAN, D.; BOYATZIS, R. E.; McKEE, A. The new leaders. Cambridge, MA: Harvard Business School Press, 2003.

HAUSMANN, M; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 258-65, jun. 2009.

HEIFETZ, R. A. **Leadership without easy answers**. Cambridge: Harvard University Press; 1994.

HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. **Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional**. 8. ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 2002.

HIGA, E. F. R.; TREVIZAN, M. A. Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 3 (1): 59-64. 2005

JUDGE, T. A. et al. Personality and leadership: a quantitative and qualitative review. **Journal of Applied Psychology**, v. 87, n. 4, p. 765-785, 2002.

KELLERMAN, B. Leadership, warts and all. **Harvard Business Review**, v. 82, n. 1, p. 40-45, jan. 2004.

KOBAYASHI, R. M.; OKANE, E. S. H.; LEITE, M. M. J. Atribuições do técnico de enfermagem sob o ponto de vista do técnico de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53., 2001, Curitiba (PR). **Anais...** Curitiba: ABEn-Seção; 2001.

KOTTER, J. P. Os líderes necessários. **HSM Management**, v. 4, p. 18-23, set-out. 1997.

_____. **Afinal, o que fazem os líderes?: a nova face do poder da estratégia**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

KAUZES, J.M; POSNER, B.Z. As cinco práticas da liderança exemplar. In: BIECH, E. (Coord.) **Liderança e motivação**. Harvard Business Review. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

HAIR JUNIOR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

HOWATSON-JONES, I. L. The servant leader. **Nursing Management U.K** 11 (3) 20-24, 2004

KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LANZONI, G. M. Melo; LANZONI, B. H. S. M. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 19(3)maio-jun 2011

LELLI, L. B. et al. Estratégias gerenciais para o desenvolvimento de competências em enfermagem em hospital de ensino. *Cogitare Enferm.*, v. 17, n. 2, p. 262-9, abr./jun. 2012.

LEWIN, K. *Field theory in social sciences*. New York: Harper & Row 1951

LOURENÇO, M. R.; TREVIZAN, M. A. Líderes da enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança e enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 9, n. 3, p. 14-9, 2001.

MACHADO, Aline Pereira. Competências do enfermeiro para a prática profissional e implantação do processo de enfermagem. 2011. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2011.

MARÔCO, J. **Análise estatística**: com o PASW Sstatics (ex-SPSS). Lisboa: Report Number, 2010.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem**: teoria e prática. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MASSARO, M.; CHAVES, L. D. P. A produção científica sobre gerenciamento em enfermagem hospitalar: uma pesquisa bibliográfica. *Cogitare Enferm.*, v. 14, n. 1, p. 150-8, 2009.

MEYERO, B.; SOARES, J. S. **Liderança em enfermagem**. 1990. 69 f. trabalho de conclusão de curso – Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo (E.S), Vitória, 2010.

MAXIMILIANO, A.C.A. *Teoria geral da Administração*. São Paulo: Atlas 2008

NÓBREGA, M. F. B. et al. Perfil gerencial de enfermeiros que atuam em um hospital público federal de ensino. *Rev. enferm. UERJ*, v. 16, n. 3, p. 333-8, 2008.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 464-8, dez. 2006.

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

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. 8. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

_____. **Comportamento Organizacional**. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

_____. **Comportamento Organizacional**. São Paulo: Pearson Prentice Hall,

2005.

_____. JUDGE, Timothy A; SOBRAL, Filipi. **Comportamento Organizacional**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

SANCHES, V. F.; CHRISTOVAM, B. P.; SILVINO, Z. R. Processo de trabalho do gerente de enfermagem em unidade hospitalar: uma visão dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, v. 10, n. 2, p. 214-20, ago. 2006.

SANTOS, I. M.; OLIVEIRA, S. M. O.; CASTRO, C. B. C. Gerência do processo de trabalho em enfermagem: liderança enfermeira em unidades hospitalares. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 393-400, jul./ set. 2006.

SANTOS, I.; CASTRO, C. B. Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis (SC), v. 17, n. 4, p. 734-742, out./dez. 2008.

SIMÕES, A. L. A.; NEIDE, F. O desafio da liderança para o enfermeiro. **Rev Latino-am. Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 567-73, 2003.

SILVA JUNIOR, A.; VASCONCELOS, K. C. A; SILVA, P. O. M. Desenvolvimento organizacional e a formação de lideranças: um estudo no setor de papel e celulose **Rev. Adm. FACES Journal** Belo Horizonte - v. 9 - n. 2 - p. 15-31 - abr./jun. 2010.

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

_____. et al. O esperado e o praticado pelo enfermeiro em relação à liderança no ambiente hospitalar: visão do atendente de enfermagem. **Adm. Saúde**, v. 17, n. 1, p. 31-4, 1993.

_____. et al Liderança e Comunicação no Cenário da gestão em Enfermagem. **Rev. lat am.enf** v. 6, n. 5, p. 77-82, dez,1998.

VENDEMIATT, M. et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1301-1314, 2010.

VERGARA, S. C. Liderança aprendida. **GV Executivo**, v. 6, n. 1, jan.-fev. 2007.

YURA, H.; OZIMEK, D.; WALSH, M. B. **Nursing leadership: theory and process**. 2. ed. New York: Appleton-Century-Crofts, 1981.

WEHBE, G.; GALVÃO, M. C. Aplicação da liderança situacional em enfermagem de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 33-8, jan.-fev. 2005.

WILHELM, W. Aprendendo com os líderes do passado. In: DRUCKER, P. F. (Org.). **O líder do futuro: visões, estratégias e práticas para uma nova era**. 5. ed. São Paulo: Futura, 1996.

WOLF, G.A; BOLAND, S; AUKERMAN, M. transformation model for the practice of Professional nursing. Part II **Journal of nursing administration**, v. 24, n.5, p. 38-48, 1994.

APÊNDICE – A QUESTIONÁRIOS APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Questionário A (líder)

Prezado

Este questionário contém características que descrevem o líder. Solicito gentilmente que você responda a cada afirmativa baseada no grau de concordância que melhor representa sua opinião sobre seu perfil enquanto líder conforme escala abaixo.

GRAU DE CONCORDÂNCIA (GC)

1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Nem discordo Nem concordo	4 Concordo	5 Concordo totalmente	
Enquanto líder de enfermagem...					(GC)
1- Tenho pouca preocupação com meus funcionários e com as metas do setor					
2- Concedo benefícios especiais para os funcionários mesmo prejudicando o resultado do setor					
3- Utilizo de autoridade com os funcionários para atingir o melhor resultado na produção do setor					
4- Priorizo o bom relacionamento com os funcionários para atingir o melhor resultado na produção do setor					
5- Busco equilíbrio entre os resultados da empresa e a satisfação do funcionário do setor					
6- Sou indiferente as necessidades dos funcionários e aos resultados produtivos do setor					
7- Acredito que os meus funcionários são mais importantes que os objetivos do setor					
8- Tenho alto nível de exigência para finalizar tarefa independente dos compromissos pessoais dos funcionários do setor					
9- Tenho atitudes moderadas em relação ao trato com funcionários e com os objetivos produtivos do setor					
10- Tenho máxima preocupação com os funcionários e com a produção do setor					

Informações complementares

Sexo: () masculino () feminino

Idade: () menor de 18 anos () 18 a menos que 25 anos () 25 a menos que 35 anos () 35 anos a menos que 45 () 45 a menos que 55 anos () 55 a menos de 65 () mais de 65 anos.

Tempo de formação: () menos de 6 meses () 6 meses a menos de 1 ano () 1 ano a menos de 3 anos () 3 anos a menos de 5 anos () 5 a menos de 10 anos () 10 anos a menos de 15 anos () 15 anos a menos 20 anos () mais de 20 anos.

Tempo de serviço no hospital: () menos de 6 meses () 6 meses a menos de 1 ano () 1 ano a menos de 3 anos () 3 anos a menos de 5 anos () 5 a menos de 10 anos () 10 anos a menos de 15 anos () 15 anos a menos 20 anos () mais de 20 anos.

Carga horária de trabalho: () <4 horas () 4 horas a < que 6 horas () 6 horas a < 8 horas () 8 horas a < 10 horas () 10 horas a < 12 horas () 12 horas ou mais.

Possui outra atividade remunerada: () não () sim - Qual? _____

Questionário B (liderado)

Prezado

Este questionário contém características que descrevem o líder. Solicito gentilmente que você responda a cada afirmativa baseada no grau de concordância que melhor representa sua opinião sobre seu perfil enquanto líder conforme escala abaixo.

GRAU DE CONCORDÂNCIA (GC)

1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Nem discordo Nem concordo	4 Concordo	5 Concordo totalmente
Meu líder em enfermagem.....				(GC)
1- Tem pouca preocupação com seus funcionários e com as metas do setor				
2- Concede benefícios especiais para os funcionários mesmo prejudicando o resultado do setor				
3- Utiliza de autoridade com os funcionários para atingir o melhor resultado na produção do setor				
4- Prioriza o bom relacionamento com os funcionários para atingir o melhor resultado na produção do setor				
5- Busca equilíbrio entre os resultados da empresa e a satisfação do funcionário do setor				
6- É indiferente as necessidades dos funcionários e aos resultados produtivos do setor				
7- Acredita que os meus funcionários são mais importantes que os objetivos do setor				
8 – Tem alto nível de exigência para finalizar tarefa independente dos compromissos pessoais dos funcionários do setor				
9- Tem atitudes moderadas em relação ao trato com funcionários e com os objetivos produtivos do setor				
10- Tem máxima preocupação com os funcionários e com a produção do setor				

Informações complementares

Sexo: () masculino () feminino

Idade: () menor de 18 anos () 18 a menos que 25 anos () 25 a menos que 35 anos () 35 anos a menos que 45 () 45 a menos que 55 anos () 55 a menos de 65 () mais de 65 anos.

Tempo de formação: () menos de 6 meses () 6 meses a menos de 1 ano () 1 ano a menos de 3 anos () 3 anos a menos de 5 anos () 5 a menos de 10 anos () 10 anos a menos de 15 anos () 15 anos a menos 20 anos () mais de 20 anos.

Tempo de serviço no hospital: () menos de 6 meses () 6 meses a menos de 1 ano () 1 ano a menos de 3 anos () 3 anos a menos de 5 anos () 5 a menos de 10 anos () 10 anos a menos de 15 anos () 15 anos a menos 20 anos () mais de 20 anos.

Carga horária de trabalho: () <4 horas () 4 horas a < que 6 horas () 6 horas a < 8 horas () 8 horas a < 10 horas () 10 horas a < 12 horas () 12 horas ou mais.

Possui outra atividade remunerada: () não () sim - Qual? _____

APÊNDICE – B TABELAS DA ANÁLISE DESCRITIVA

TABELA 21: ANÁLISE DESCRITIVA (ENFERMEIRO X TÉCNICO DE ENFERMAGEM)

Questão	Categorias	Técnicos		Enfermeiros	
		N	%	N	%
Q1	Discordo Totalmente	69	20.8	14	73.7
	Discordo	128	38.7	4	21.1
	Nem Discordo / Nem Concordo	55	16.6	1	5.3
	Concordo	68	20.5	0	0.0
	Concordo Totalmente	11	3.3	0	0.0
Q2	Discordo Totalmente	83	25.1	8	42.1
	Discordo	120	36.3	7	36.8
	Nem Discordo / Nem Concordo	61	18.4	4	21.1
	Concordo	50	15.1	0	0.0
	Concordo Totalmente	17	5.1	0	0.0
Q3	Discordo Totalmente	31	9.4	0	0.0
	Discordo	89	26.9	8	42.1
	Nem Discordo / Nem Concordo	59	17.8	7	36.8
	Concordo	109	32.9	4	21.1
	Concordo Totalmente	43	13.0	0	0.0
Q4	Discordo Totalmente	8	2.4	0	0.0
	Discordo	52	15.7	0	0.0
	Nem Discordo / Nem Concordo	54	16.3	1	5.3
	Concordo	135	40.8	14	73.7
	Concordo Totalmente	82	24.8	4	21.1
Q5	Discordo Totalmente	16	4.8	0	0.0
	Discordo	42	12.7	0	0.0
	Nem Discordo / Nem Concordo	107	32.3	3	15.8
	Concordo	101	30.5	15	78.9
	Concordo Totalmente	65	19.6	1	5.3

TABELA 22: ANÁLISE DESCRITIVA (ENFERMEIRO X TÉCNICO DE ENFERMAGEM)

Questão	Categorias	Técnicos		Enfermeiros	
		N	%	N	%
Q6	Discordo Totalmente	62	18.7	14	73.7
	Discordo	133	40.2	4	21.1
	Nem Discordo / Nem Concordo	58	17.5	1	5.3
	Concordo	62	18.7	0	0.0
	Concordo Totalmente	16	4.8	0	0.0
Q7	Discordo Totalmente	53	16.0	5	26.3
	Discordo	133	40.2	9	47.4
	Nem Discordo / Nem Concordo	72	21.8	5	26.3
	Concordo	55	16.6	0	0.0
	Concordo Totalmente	18	5.4	0	0.0
Q8	Discordo Totalmente	18	5.4	0	0.0
	Discordo	93	28.1	8	42.1
	Nem Discordo / Nem Concordo	65	19.6	7	36.8
	Concordo	117	35.3	3	15.8
	Concordo Totalmente	38	11.5	1	5.3
Q9	Discordo Totalmente	16	4.8	0	0.0
	Discordo	40	12.1	0	0.0
	Nem Discordo / Nem Concordo	105	31.7	3	15.8
	Concordo	123	37.2	15	78.9
	Concordo Totalmente	47	14.2	1	5.3
Q10	Discordo Totalmente	9	2.7	0	0.0
	Discordo	46	13.9	0	0.0
	Nem Discordo / Nem Concordo	56	16.9	2	10.5
	Concordo	149	45.0	14	73.7
	Concordo Totalmente	71	21.5	3	15.8

TABELA 23: ANÁLISE DESCRITIVA (GERENTE X ENFERMEIRO)

Questão	Categorias	Gerentes		Enfermeiros	
		N	%	N	%
Q1	Discordo Totalmente	3	75.0	16	34.0
	Discordo	1	25.0	16	34.0
	Nem Discordo / Nem Concordo	0	0.0	3	6.4
	Concordo	0	0.0	10	21.3
	Concordo Totalmente	0	0.0	2	4.3
Q2	Discordo Totalmente	4	100.0	8	17.0
	Discordo	0	0.0	17	36.2
	Nem Discordo / Nem Concordo	0	0.0	8	17.0
	Concordo	0	0.0	11	23.4
	Concordo Totalmente	0	0.0	3	6.4
Q3	Discordo Totalmente	0	0.0	0	0.0
	Discordo	2	50.0	15	31.9
	Nem Discordo / Nem Concordo	0	0.0	14	29.8
	Concordo	1	25.0	14	29.8
	Concordo Totalmente	1	25.0	4	8.5
Q4	Discordo Totalmente	0	0.0	5	10.6
	Discordo	0	0.0	13	27.7
	Nem Discordo / Nem Concordo	0	0.0	9	19.1
	Concordo	1	25.0	18	38.3
	Concordo Totalmente	3	75.0	2	4.3
Q5	Discordo Totalmente	0	0.0	1	2.1
	Discordo	0	0.0	11	23.4
	Nem Discordo / Nem Concordo	0	0.0	18	38.3
	Concordo	2	50.0	15	31.9
	Concordo Totalmente	2	50.0	2	4.3

TABELA 24: ANÁLISE DESCRITIVA (GERENTE X ENFERMEIRO)

Questão	Categorias	Gerente		Enfermeiros	
		N	%	N	%
Q6	Discordo Totalmente	1	25.0	14	29.8
	Discordo	3	75.0	17	36.2
	Nem Discordo / Nem Concordo	0	0.0	4	8.5
	Concordo	0	0.0	10	21.3
	Concordo Totalmente	0	0.0	2	4.3
Q7	Discordo Totalmente	2	50.0	6	12.8
	Discordo	1	25.0	21	44.7
	Nem Discordo / Nem Concordo	1	25.0	10	21.3
	Concordo	0	0.0	8	17.0
	Concordo Totalmente	0	0.0	2	4.3
Q8	Discordo Totalmente	0	0.0	1	2.1
	Discordo	1	25.0	13	27.7
	Nem Discordo / Nem Concordo	0	0.0	13	27.7
	Concordo	2	50.0	16	34.0
	Concordo Totalmente	1	25.0	4	8.5
Q9	Discordo Totalmente	0	0.0	1	2.1
	Discordo	0	0.0	5	10.6
	Nem Discordo / Nem Concordo	0	0.0	20	42.6
	Concordo	4	100.0	19	40.4
	Concordo Totalmente	0	0.0	2	4.3
Q10	Discordo Totalmente	0	0.0	6	12.8
	Discordo	0	0.0	8	17.0
	Nem Discordo / Nem Concordo	0	0.0	7	14.9
	Concordo	1	25.0	22	46.8
	Concordo Totalmente	3	75.0	4	8.5

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO DO CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Vitória, 21 de outubro de 2011

OF. 150/2011/CEP/FCSES

Claudia Curbani Vieira Manola
Pesquisador-responsável

Prezada

Informamos que o projeto de pesquisa “**LIDERANÇA**”, registrado neste CEP sob o número **89/2011**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, tendo sido considerado

APROVADO

I – HISTÓRICO

Trata-se de trabalho de Mestrado da Fundação Instituto Capixada de Pesquisa em Contabilidade, Economia e Finanças - FUCAPE, apresentado por Claudia Curbani Vieira Manola cujo título é LIDERANÇA.

II – MÉRITO

*O projeto apresenta em sua **introdução** elementos quanto à contextualização do problema de pesquisa a ser investigado, e um referencial teórico de excelente qualidade.*

*O item **justificativa** contempla a relevância científica do problema de pesquisa.*

*Os itens **objetivo geral**: Investigar, no contexto da enfermagem hospitalar, qual é a percepção de liderança dos líderes e liderados baseado no Grid Gerencial de Blake e Mounton.*

***Objetivos específicos**: Investigar a percepção de liderança dos técnicos de enfermagem em relação ao enfermeiro supervisor.*

Identificar como o enfermeiro supervisor se percebe enquanto líder.

Confrontar as percepções do enfermeiro supervisor, enquanto líder, com a forma como o liderado técnico de enfermagem percebe.

Investigar a percepção de liderança dos liderados enfermeiros supervisores para com seu líder gerente de enfermagem.

Identificar como o gerente de enfermagem se percebe enquanto líder

Confrontar a percepção do gerente de enfermagem, enquanto líder, com a forma como os liderados supervisores de enfermagem o percebem.

Quanto ao método, avalia-se que este foi bem delineado, é de caráter exploratório, buscam uma visão ampla do fato investigado. O instrumento para a coleta de dados foi baseado nas duas dimensões do Grid Gerencial e será aplicado a líderes e liderados em enfermagem totalizando 3 categorias, que são técnicos, supervisores e gerentes de enfermagem totalizando 415 indivíduos. A análise dos dados será baseada em dados estatísticos baseados no score do líder/liderado. Não há riscos aos sujeitos da pesquisa. O orçamento será de responsabilidade do pesquisador.

*O cronograma de execução **explicita adequadamente as diversas etapas do projeto.***

As referências bibliográficas precisam ser revistas em relação a formatação.

No “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” constam informações pertinentes à pesquisa, descrevendo com linguagem simples e clara os procedimentos da mesma. São descritos todos os procedimentos, garantindo confidencialidade e privacidade dos sujeitos e dos dados, bem como a possibilidade de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer efeito para o sujeito da pesquisa. O Termo deixa claro que não haverá nenhuma compensação financeira relacionada à pesquisa, nem desconforto e possíveis riscos associados à pesquisa.

Quanto a Folha de Rosto, verifica-se que esta está adequadamente redigida.

III – VOTO DO RELATOR

*Considerando que a pesquisa, no que tange à beneficência, compromete-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, e que prevê a garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência), bem como a relevância do tema, voto pela condição de **aprovado** pelos motivos descritos no mérito.*

IV – DECISÃO DO PLENÁRIO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo aprova, por unanimidade, o voto do Relator.

De acordo com Carta nº 0212/CONEP/CNS/MS (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde), solicitamos que até o dia **28/10/2011** seja providenciada a Declaração da Instituição onde a pesquisa irá acontecer. O modelo da declaração encontra-se disponível no site da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, link no Comitê de ética em Pesquisa (DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE).

Conforme orientação da CONEP/CNS/MS (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde) o pesquisador responsável deverá encaminhar relatório de acompanhamento de todo projeto aprovado no Comitê de Ética.

Os relatórios (parcial e final) do projeto indicado neste ofício deverão ser encaminhado a este Comitê até os dias **30/01/2012 e 30/06/2012**. O modelo do relatório encontra-se disponível no site da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, link no Comitê de ética em Pesquisa (Relatório de acompanhamento dos Projetos de Pesquisa Aprovados).

Atenciosamente,

Ruth-Léa Souza Rangel

Secretária do CEP