



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

# EFEITOS DA LIDERANÇA NA MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**Maria de Jesus José Gil Fradique**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Gestão de Unidades de Saúde**

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Luís António Fonseca Mendes

Covilhã, Fevereiro de 2012

## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor Doutor Luís António Fonseca Mendes, orientador desta investigação, pelo apoio, partilha de todo o saber e contribuições valiosas para a realização deste trabalho.

Ao meu marido Luís e aos meus filhos Ricardo e Mariana, a quem dei menos atenção durante o curso e a elaboração deste trabalho, mas que, ainda assim, me deram força para continuar

Aos meus verdadeiros amigos que me apoiaram; eles sabem quem são.

Agradeço profundamente a todos os que contribuíram para a concretização da dissertação, dando-me forças nos momentos mais desmotivantes.

## **PENSAMENTO**

*“A qualidade das nossas vidas depende da qualidade dos nossos líderes” ...*

Bennis (1996)

*“ Somos aquilo que fazemos consistentemente.  
Assim, a excelência não é um acto, mas sim um hábito.”*

Aristóteles

## RESUMO

O desenvolvimento de sistemas de qualidade em saúde, de acordo com o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros Portugueses, é uma acção prioritária e os enfermeiros assumem um papel fundamental na definição de padrões de qualidade dos cuidados prestados. Alias, os enfermeiros correspondem ao maior grupo profissional dentro das organizações de saúde e a comunidade espera destes que os cuidados prestados sejam de qualidade. Neste contexto, as organizações de saúde devem promover um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros com vista ao empenhamento destes em prol da qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Em contextos de melhoria da qualidade, é geralmente reconhecida a importância do factor liderança, que nos modelos de excelência assume inclusivamente um papel de destaque. No entanto, em termos de investigação, a significância dessa relação continua carecendo de suficiente comprovação empírica, principalmente no sector da saúde, sendo que a escassez de investigação relativamente à influência da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde é uma realidade.

Neste sentido, pretendeu-se com a elaboração deste estudo, investigar até que ponto a liderança em enfermagem, percebida pelos enfermeiros, influencia a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Para o efeito, considerou-se liderança em enfermagem como uma variável multidimensional [*i*) Reconhecimento, *ii*) Desenvolvimento da equipa, *iii*) Comunicação e *iv*) Inovação] e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem baseou-se nos padrões da qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros. A recolha de dados foi efectuada através de um questionário aplicado aos enfermeiros da ULS EPE (Unidade Local Saúde, Empresa Pública Empresarial) de Castelo Branco e foi realizada entre Agosto e Outubro de 2011. Foram inquiridos 283 enfermeiros colaboradores, dos quais foram recebidos 184 questionários correspondendo a uma taxa de resposta de 65,02%.

Os resultados da investigação, obtidos através da análise de equações estruturais (AEE), sugerem claramente que a liderança em enfermagem influencia directa e significativamente a qualidade dos cuidados de enfermagem, reforçando um vasto conjunto de ideias veiculadas ao longo de toda a literatura que sugerem a pertinência dessa relação, mas que carecia de comprovação empírica, sobretudo no contexto Português.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Liderança, reconhecimento, comunicação, desenvolvimento, inovação, qualidade.

## ABSTRACT

The development of quality systems in health, in accordance with the Board of Nursing Portuguese Order of Nurses, is a priority and nurses play a key role in setting standards of quality of care. In fact, nurses represent the largest professional group within health organizations and the community expects that these are quality care. In this context, health organizations should promote an environment which facilitates the professional development of nurses with a view of the commitment towards the quality of care provided to users.

In the context of improving the quality, it is generally recognized the importance of the leadership factor, which takes in models of excellence including a leading role. However, in terms of research, the significance of this relationship is still lacking sufficient empirical evidence, especially in the health sector, and the paucity of research concerning the influence of leadership in improving the quality of health care is a reality.

In this sense, it was intended to complete this study, to investigate the extent to which nursing leadership, perceived by nurses, influences the improvement of the quality of nursing care. To this end, it was considered nursing leadership as a multidimensional variable [i) recognition, ii) development team, iii) Communication and iv) Innovation] and improving the quality of nursing care was based on the quality standards issued by order of Nurses. Data collection was conducted through a questionnaire applied to EPE nurses ULS (Local Health Unit, Public Enterprise Company) of Castelo Branco and was conducted between August and October 2011. 283 staff nurses were surveyed, of which 184 questionnaires were received representing a response rate of 65,02%.

The research results obtained through the analysis of structural equations (ESA), clearly suggest that the nursing leadership directly and significantly influence the quality of nursing care, enhancing a wide range of ideas propagated throughout the literature that suggest relevance of this relationship, but lacked empirical support, especially in the Portuguese context.

Keywords: Nursing, Leadership, recognition, communication, development, innovation and quality.

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	ii
PENSAMENTO .....	iii
RESUMO .....	iv
ABSTRACT.....	v
1- INTRODUÇÃO .....	1
2- QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	5
2.1- Qualidade dos serviços de saúde.....	5
2.2- Qualidade em enfermagem .....	7
3- A LIDERANÇA EM ENFERMAGEM .....	12
3.1- Teorias da liderança.....	12
3.1.1-A teoria dos traços.....	12
3.1.2-A teoria Comportamental.....	13
3.1.3-A teoria Contingencial e Situacional.....	13
3.1.4-A Teoria da Liderança Carismática.....	13
3.1.5- Liderança transaccional versus transformacional .....	14
3.2- Liderança em enfermagem .....	15
4- A LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....	17
5- METODOLOGIA .....	21
5.1- Instrumento de recolha de dados.....	21
5.2- Enviesamentos provocados pelas “Não-Respostas” .....	21
5.3- Operacionalização e medida das variáveis .....	22
5.4-Tratamento estatístico.....	23
6- RESULTADOS .....	24
6.1- Perfil da amostra.....	24
6.2- Validação do modelo de medida .....	24
6.2.1- Pressupostos dos métodos de análise .....	25
6.2.2 - Análise factorial confirmatória do modelo de medida .....	25
6.3 Validação do modelo proposto.....	27

6.4 Discussão dos resultados .....	29
7- CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES.....	32
7.1- Considerações finais .....	32
7.2- Limitações .....	32
7.3- Sugestões para futuras investigações.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	34
ANEXOS.....	38

## 1- INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde são constituídos por organizações de saúde, que enfrentam todos os problemas inerentes a qualquer outro tipo de organização. Desde o equilíbrio entre despesas/receitas até aos problemas na gestão da prestação de cuidados, tendo aqui as chefias/lideranças dos vários serviços o desafio de gerir e coordenar as capacidades e os conhecimentos de todos os colaboradores de modo a que sejam alcançados os objectivos estabelecidos para os respectivos serviços, no sentido de otimizar os propósitos da organização.

O principal objectivo dos serviços de saúde é a oferta de cuidados de saúde de qualidade a todos os cidadãos. Segundo Pereira (2010), referindo Dazon (ex director regional da Organização Mundial Saúde para a Europa) este objectivo é atingido assentando em quatro pilares fundamentais, sendo o primeiro, o acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos, à promoção da saúde, à prevenção da doença e à informação de saúde. O segundo pilar assenta na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e segurança dos utentes. Já o terceiro pilar tem a ver com o envolvimento do cidadão na tomada de decisão sobre a sua saúde enquanto o quarto pilar assenta na forma mais eficaz e eficiente de utilizar os recursos humanos e financeiros da saúde.

Também Sousa, Pinto, Costa e Uva (2008:58), corroboram com o autor anterior ao referirem que *“melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados é, pois, o grande desafio para os profissionais da área da saúde”*. Ultimamente, a qualidade dos cuidados prestados têm sido alvo de interesse tanto por parte dos utentes como dos profissionais de saúde bem como das administrações das organizações de saúde.

Criar sistemas de qualidade em saúde de acordo com o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros Portugueses, é pois uma acção prioritária, em que os enfermeiros assumem um papel fundamental na definição de padrões de qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto, as organizações de saúde devem promover um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros com vista ao empenhamento destes em prol da qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Os cuidados de enfermagem centram-se na promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Assim, ao longo da vida, procura-se prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas e a máxima autonomia na realização das actividades de vida diária.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se assim num contexto de actuação multiprofissional. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, o

enfermeiro é autónomo na tomada de decisões, em que identifica as necessidades de cuidados de enfermagem do utente/família para posterior intervenção de modo a evitar riscos, detectar precocemente os problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Diz-se pois que o seu exercício se centra na relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente/família.

Estabrooks, et al. (2008), são da opinião de que os enfermeiros são o maior grupo profissional dentro das organizações de saúde e que a comunidade espera que os cuidados prestados sejam de qualidade para diagnosticar e cuidar na saúde e na doença para que o utente se torne independente e tenha uma vida mais saudável.

Assim, os enfermeiros, como parte integrante da organização de saúde, precisam preocupar-se com o seu auto desenvolvimento, adquirindo novas competências, novos conhecimentos para as exercer com qualidade. Neste sentido, a liderança em enfermagem, é a capacidade de um líder influenciar, motivar e habilitar os seus enfermeiros liderados por meio de ideias, estratégias e acções para reunir esforços e assim atingir os objectivos da organização contribuindo pois para a eficácia e sucesso dessa organização a que pertence.

De acordo com Cunha, Rego, Cunha e Cardoso (2007:332), liderança pode ser definida como *“a capacidade de um indivíduo para influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para a eficácia e sucesso das organizações de que são membros”*.

O enfermeiro chefe é, pois, o elemento-chave dentro de um grupo de trabalho de enfermagem hospitalar enquanto gestor da liderança. É decisivo para o funcionamento eficaz da organização e motivador da equipa que lidera.

A capacidade do gestor influenciar os resultados das organizações, depende pois, de acordo com Frederico e Castilho (2006), mais da implementação de estratégias, de motivação e liderança do que do seu peso hierárquico.

Nas organizações de saúde, nomeadamente os hospitais, os enfermeiros desempenham um papel preponderante no processo de prestação de serviços de saúde, interagem com os utentes/família, detêm conhecimentos científicos e criam valor no processo assistencial.

O líder deve ter segundo Tavares (2010), alguns aspectos como coerência em que os subordinados devem ser tratados como únicos e de acordo com a sua própria maturidade. Um outro aspecto importante é o respeito ao indivíduo, em que esta dimensão é primordial na liderança. Todo o indivíduo deve ser tratado com respeito, aceitando as diferenças de cada um.

O principal objectivo de todo o enfermeiro/líder é, aperceber-se de que toda a sua equipa trabalha por prazer e não por obrigação, onde presta cuidados de enfermagem ao utente com qualidade e promove o seu bem-estar, tendo o utente, como principal alvo de todo o

planeamento da estrutura hospitalar. Devem pois ter como preocupação primordial a administração da qualidade dos cuidados de saúde para que sejam atendidos todos os padrões de qualidade previamente estabelecidos e que a Ordem dos Enfermeiros emanou.

Verifica-se contudo e de acordo com Sousa e Barroso (2009), num estudo por elas efectuado, que a liderança em enfermagem é vista como função independente, desprendida do foco principal que é o cuidado ao utente. O líder muitas vezes abandona o conceito de cuidar durante a tarefa de liderar o que pode levar a um ambiente de trabalho desfavorável na prestação de cuidados ao utente.

Vários autores são da opinião da necessidade premente de estudos efectuados nesta área. Por exemplo, Schaubhut (2009) é da opinião de que é necessário estudar a percepção dos enfermeiros do seu papel na melhoria dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. Também Schmalenberg e Kramer (2009) concordam ao afirmar que se os líderes de enfermagem têm como função o papel de apoio, também na perspectiva deles devem ser identificados e avaliados pelo enfermeiro colaborador na prestação de cuidados.

Burhans e Alligood (2010), também referem que os estudos efectuados na área da qualidade dos cuidados de enfermagem são na sua maioria por enfermeiros líderes e que devido á sua posição na organização, não estão envolvidos na prestação de cuidados. Assim, o verdadeiro significado da qualidade dos cuidados de enfermagem dos enfermeiros prestadores de cuidados não está verdadeiramente representado. Referem mesmo que a investigação relacionada com a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem tem sido limitada.

Neste sentido, pretende-se com a elaboração deste estudo, investigar até que ponto a liderança em enfermagem, percebida pelos enfermeiros, influencia a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Assim, considerando liderança em enfermagem como uma variável multidimensional [*i*) Reconhecimento, *ii*) Desenvolvimento da equipa, *iii*) Comunicação e *iv*) Inovação] e tendo em conta os padrões da qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros [satisfação dos utentes, promoção da saúde, prevenção de complicações, readaptação funcional, organização dos cuidados], todo o estudo se centrou em torno da seguinte hipótese de investigação:

*H1. A Liderança em enfermagem influencia positivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem.*

A parte empírica desta investigação foi conduzida através da análise de equações estruturais (AEE), recorrendo-se para o efeito aos *softwares* IBM SPSS Statistics (v. 19.0.0, SPSS Inc, Chicago, II) e AMOS (v. 19.0.0, SPSS Inc, Chicago, II).

A recolha de dados foi efectuada através de um questionário aplicado aos enfermeiros liderados da ULS EPE (Unidade Local Saúde, Empresa Pública Empresarial) de Castelo Branco e foi realizada entre Agosto e Outubro de 2011.

Esta dissertação foi estruturada essencialmente em quatro partes distintas. A primeira parte, corresponde ao enquadramento teórico, composto por três capítulos, sendo o primeiro sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem, o segundo sobre a liderança nos cuidados de enfermagem e o terceiro sobre a análise da influência da liderança na qualidade dos cuidados de enfermagem. A segunda parte (capítulo 5) diz respeito à metodologia, onde são referidos os procedimentos metodológicos considerados, nomeadamente quanto à recolha de dados, operacionalização das variáveis e tratamento dos dados. Na terceira parte (capítulo 6) apresentam-se os resultados do trabalho empírico. Por último, (capítulo 7) teceram-se algumas considerações finais, discutindo-se os resultados e suas implicações/contribuições, realçando-se ainda algumas limitações do estudo e sugerindo-se algumas pistas para futuras investigações.

## 2- QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

### 2.1- Qualidade dos serviços de saúde

A qualidade nos serviços de saúde é adoptada por todos como uma meta a ser atingida. Marquis e Huston citados por Tafreshi, Pazargadi e Saeedi (2007), afirmam que qualidade dos cuidados de saúde é a probabilidade dos resultados de saúde desejados pelos indivíduos e população em geral aumentarem com a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Assim, a qualidade em saúde necessita do apoio de todos na implementação de práticas sistemáticas de gestão orientadas para a satisfação dos utentes, com atenção redobrada na melhoria contínua dos processos organizacionais.

A qualidade da prestação de serviços em saúde é uma preocupação contemporânea da Direcção Geral de Saúde e como tal, foi consagrada no Plano Nacional de Saúde 2011/2016. Parte de uma premissa de que existe uma fraca cultura de qualidade, uma deficiente organização dos serviços de saúde, insuficiente apoio nas áreas de diagnóstico e decisão terapêutica e falta de indicadores de desempenho (Departamento Qualidade Saúde, 2011). Como tal, a procura incessante de orientações estratégicas e a necessária implementação de intervenções urgentes com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde é uma das actuais prioridades.

O papel das unidades de saúde em todo este processo é fundamental e passa por um planeamento estratégico do sistema de saúde, avaliando e monitorizando de forma adequada a qualidade dos cuidados prestados. Cabe aos profissionais de saúde, enquanto elementos integrantes dessas instituições, contribuir para a promoção e desenvolvimento da qualidade desses mesmos cuidados.

Pisco (2001) defende que a qualidade deve ser definida de forma diferente, consoante as variáveis que assumem mais importância para os diferentes intervenientes: para os **doentes**, será a acessibilidade, a afabilidade e a melhoria do estado de saúde; para os **profissionais**, a capacidade técnica e obtenção de resultados clínicos; e para os **gestores**, a eficiência, a obtenção dos resultados desejados e a rentabilização dos investimentos. Partindo deste pressuposto, torna-se claro que as questões relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde são difíceis e complexas de abordar.

Fernandes e Lourenço (2007:2) têm a mesma convicção, quando referem que a qualidade em saúde pode ser analisada segundo várias perspectivas. *"Para os utentes é importante ser bem assistido em condições de conforto e segurança. Para os profissionais de saúde o objectivo é reduzir erros e melhorar práticas. Para os administradores hospitalares a qualidade consiste no cumprimento das metas assistenciais e gestão racionalizada, sendo naturalmente geradas*

*algumas divergências com os profissionais de saúde, na medida que implica consumir menos. Para os políticos está relacionada com a boa imagem dos serviços de saúde, existência de equipamentos sofisticados e o bom acolhimento dos doentes”.*

Os estudos pioneiros de Donabedian contribuíram para o desenvolvimento de programas de qualidade na saúde. É demonstrado um conjunto de medidas e de indicadores através de uma tríade - *i) Estrutura* (relacionada com a disponibilidade da organização em relação às facilidades concedidas à prestação de cuidados através das pessoas, equipamentos), *ii) Processos* (cuidados prestados) e *iii) Resultados* (efeitos dos cuidados prestados ao utente) - que vem contribuir na monitorização do desenvolvimento do sistema da qualidade em saúde, assim como na compreensão da missão da saúde pública, nas várias dimensões, abrangendo o próprio funcionamento dos serviços de saúde (Almeida, 2010; Pisco & Biscaia, 2001).

Sendo o cidadão reconhecido como o centro do Serviço Nacional de Saúde, torna-se fundamental satisfazer as suas necessidades, pedidos e expectativas; no entanto, não chega identificar as necessidades do utente. Existe, por exemplo, a necessidade deste ser informado de como utilizar esses serviços de forma eficaz, fomentando a sua participação nas decisões relativas à sua saúde (Departamento Qualidade em Saúde, 2011).

A relação com o utente é enfatizada por Donabedian (1987), ao referir que a qualidade não depende apenas dos actos técnicos e do ambiente físico em que os cuidados são prestados, mas também do processo interpessoal e da facilidade de acesso aos cuidados. As relações interpessoais, ainda segundo Donabedian (2003), são muito importantes, dado que constituem o veículo de desempenho técnico e a sua eficácia, pressupostos essenciais ao processo de relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente/família como a privacidade, a confidencialidade.

Como realça Donabedian (2005), há estudos que sugerem uma relação entre a qualidade dos cuidados (processo e resultados) e a formação e qualificação dos profissionais de saúde, bem como boas instalações e equipamentos associada a uma política de qualidade. Ainda segundo o mesmo autor, a qualidade pode ser analisada sob três perspectivas: técnica, interpessoal e ambiental. A perspectiva **técnica** diz respeito à aplicação do conhecimento específico na resolução dos problemas de saúde do utente/comunidade. **Interpessoal** significa que existe relação entre o prestador e o utente, o que é uma preocupação constante do enfermeiro para atingir a satisfação do utente. A perspectiva **ambiental** está relacionada com o conforto e bem-estar do utente.

Também a qualidade na perspectiva dos prestadores de cuidados de enfermagem segundo Nogueira (2008:2), define-se como *“boas condições de trabalho onde se incluem recursos humanos e materiais suficientes”.*

Para que sejam adoptados hábitos de melhoria contínua é necessário que o indivíduo tenha conhecimentos e perceba o porquê das suas acções, bem como o que fazer para essa melhoria existir. É importante que este, de forma voluntária, tenha o desejo de actuar nesse sentido; pois se tal não acontecer, não vale de nada os conhecimentos adquiridos.

A melhoria contínua não pode estar orientada para a obtenção de ganhos significativos num curto espaço de tempo, já que iria desviar do rumo à excelência. Todas as iniciativas que procurem levar à melhoria devem assentar nos pilares do ciclo PDCA de Shewhart (Plan, Do, Check and Act) como forma de facilitar a sua realização. A esse respeito, são inquestionáveis os contributos dos gurus da qualidade, aplicados ao sector da saúde: *i)* as cartas de controlo, o controlo estatístico e o ciclo PDCA de Shewhart, *ii)* as ideias de Deming resumidas nos 14 pontos apontados para o sucesso das empresas, *iii)* a trilogia da qualidade (planeamento, controlo e melhoria da qualidade) proposta por Juran, *iv)* as máximas da qualidade (zero defeitos, custos da qualidade) e os 14 passos para a melhoria da qualidade de Crosby, *v)* o conceito do controlo da qualidade dinâmica em defesa das necessidades do cliente, impulsionado por Feigenbaum e *vi)* os círculos de controlo de qualidade e a defesa da formação contínua por parte de Ishikawa, representam “*apports*” consideráveis que continuam a ser levados em consideração aquando da elaboração de estratégias e programas de qualidade em geral e no sector da saúde, em particular.

A qualidade na área da saúde enquadra-se dentro das exigências de um mercado cada vez mais competitivo, pressionado para responder eficazmente às necessidades económicas e epidemiológicas das sociedades desenvolvidas e de um utente cada vez mais sofisticado e sensível à eficiência e qualidade dos cuidados que lhe são prestados. Proporcionar qualidade de serviços aos utentes implica adoptar políticas institucionais que sejam capazes de envolver positivamente todos os intervenientes nos processos de prestação de cuidados. Falar de qualidade em saúde e na implementação de programas de qualidade, implica pois, falar de liderança, cultura de aprendizagem contínua e acima de tudo de motivação.

## 2.2- Qualidade em enfermagem

A qualidade em enfermagem exige reflexão sobre a prática de modo a definir objectivos do serviço que se vai prestar, delinear as estratégias possíveis para que esses objectivos sejam atingidos, o que requer algum tempo para pensar nos cuidados prestados. É pois importante que todas as instituições de saúde se preocupem em proporcionar condições aos profissionais para que seja implementado a qualidade e esta faça parte da rotina dos profissionais de enfermagem (Castro, 2007).

Os focos de atenção dos cuidados de enfermagem são a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Assim, procura-se ao longo da vida prevenir a doença e

promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades bem como a autonomia na realização das actividades da vida.

Cabe ao enfermeiro coordenar e gerir todos os cuidados prestados ao utente. Neste sentido, e de acordo com Barbosa e Melo (2008:367), *“o paciente e suas especificidades, suas necessidades, sua alta ou recuperação, constituem a principal razão da assistência de enfermagem, a qual deve, portanto, ser realizada eficientemente, com comprometimento de quem a desenvolve, garantindo qualidade do cuidado prestado e, principalmente, a satisfação do paciente e seus familiares”*.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem requerem níveis de realização que articulam e entrecruzam capacidades científicas, realização técnica e relação interpessoal. A melhoria da qualidade dos cuidados deve pois, fazer parte do dia-a-dia de todos os profissionais de saúde durante a realização de todas as tarefas que lhe são inerentes para que o utente sinta que os cuidados que lhe são prestados são de qualidade técnica e científica. Qualidade dos cuidados de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros, segundo Tafreshi, et al. (2007), é a prestação dos cuidados com segurança baseada em padrões de enfermagem como a satisfação do utente, cuidados mínimos otimizados e cuidados seguros para os utentes. Biscaia (2000:11), corrobora com os anteriores autores ao afirmar que a qualidade dos cuidados é *“um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados”*.

De acordo com a carreira de enfermagem, o enfermeiro especialista tem competências específicas na sua área de intervenção dado ter um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem aferir as necessidades de saúde do utente que tem a seu cuidado. Diz-se pois que os padrões de qualidade dos cuidados especializados são uma referência na acção profissional do especialista. Adami (2000), refere que é muito importante que o enfermeiro exerça a sua actividade com conhecimentos científicos, humanos, hábil nos seus actos e competência para atender as necessidades e as expectativas do utente que está a cuidar. Gunther & Alligood (2002) partilham dessa ideia ao referirem que, sendo os enfermeiros o maior grupo profissional na prestação de cuidados de saúde, são eles os responsáveis de forma legal e moral pela qualidade do atendimento que prestam aos utentes.

Também Franco, Barros, Vaidotas, e Innocenzo (2010), vêm corroborar, ao afirmarem que a enfermagem, como ciência em desenvolvimento que é, necessita pois, de identificar e caracterizar os seus conhecimentos e as suas técnicas científicas para que a prática seja o espelho desses mesmos conhecimentos.

Tafreshi, Pazargadi e Saeedi (2007), no estudo que realizaram, referem que a qualidade dos cuidados de saúde é o resultado da entrega eficaz e eficiente dos profissionais de saúde ao

utente e comunidade. O enfermeiro prestador de cuidados deve assim ir ao encontro do utente, criando laços de confiança, e mostrar que alguém o ajuda e acompanha para que possa promover a sua saúde.

Também Burhans e Alligood (2010), são da opinião de que os cuidados de enfermagem com qualidade prestados pelos enfermeiros correspondem à satisfação das necessidades humanas através do carinho, empatia, e respeito de forma responsável. Ainda de acordo com os mesmos autores, a qualidade dos cuidados de enfermagem está intimamente ligada aos padrões de atendimento e à satisfação do utente, sendo que essa qualidade é baseada na segurança e nos padrões de enfermagem que avaliam a satisfação do utente. *“Os enfermeiros, como prestadores de cuidados de primeira linha, dão contribuições de cuidados de saúde enormes ao estimarem, planearem e avaliarem as necessidades de cuidados dos pacientes, e assegurarem o seu conforto. A qualidade dos cuidados de enfermagem tem uma diferença vital nos resultados dos pacientes e segurança”* (Burhans & Alligood, 2010:1690).

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros emitiu, como primordial, na prestação de cuidados de enfermagem, o estabelecimento de alguns padrões de qualidade baseados na evidência, que visam a melhoria contínua de qualidade do exercício profissional, em que o utente é o centro dos cuidados, visando a sua satisfação.

Vários estudos foram feitos sobre a satisfação do utente, o que revela a importância que é dada à opinião do utente acerca da sua experiência nos serviços de saúde. Numa altura em que os utentes assumem cada vez mais a sua posição, pois estão conscientes dos seus direitos e deveres, crê-se que é cada vez mais importante o seu papel no planeamento e avaliação dos serviços de saúde, pois são eles que melhor conhecem as suas expectativas e necessidades bem como a forma como foram satisfeitas. Também Florentim e Franco (2006), corroboram ao afirmarem no estudo por eles efectuado, que é imprescindível a prestação de cuidados de saúde com qualidade para a satisfação do utente ser a melhor.

Em relação à promoção da saúde, durante o exercício profissional, o enfermeiro procura ajudar o utente a alcançar o máximo potencial de saúde. O enfermeiro procura saber quais os recursos existentes por parte do utente/família e na comunidade, procura promover estilos de vida saudável, procura que o utente se adapte ao trabalho adaptativo, aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento.

De acordo com um estudo efectuado pelo *Institute of Medicine* (IOM), citado por Mitchell (2008), procurou-se caracterizar a qualidade dos cuidados de saúde através de padrões, definindo-a como *“o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade dos resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional actual”*. A qualidade dos cuidados, na perspectiva da IOM é centrada no doente, na sua segurança em que o seu atendimento é seguro, eficaz, equitativo e eficiente.

Também Kunaviktikul et al. (2001), são da opinião que a qualidade dos cuidados de enfermagem é *“a resposta de enfermagem para o desenvolvimento físico, psicológico, emocional, social e as necessidades espirituais dos pacientes fornecidos de forma solidária, de modo a que os pacientes sejam curados, vivam uma vida normal e assim os utentes e enfermeiros estejam satisfeitos”*.

Campos (2005), salienta a importância da boa prática sob a visão científica, considerando as disponibilidades dos recursos que existem para que o atendimento do utente seja de acordo com as suas necessidades de saúde definidas, sejam a promoção, a prevenção, a assistência e a readaptação funcional. O mesmo autor é da opinião de que, o enfermeiro tem formas de identificar necessidades de saúde na comunidade ao realizar acções de educação para a saúde, tanto durante o internamento como na comunidade.

A prestação de cuidados de saúde de qualidade tem pois, como principais objectivos promover e manter a saúde da população, assegurar a satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde, o que é extremamente importante o seu cumprimento para a melhoria da qualidade, tornando-se por isso necessário assegurar a competência profissional dos enfermeiros prestadores de cuidados para ir ao encontro das necessidades da comunidade.

Com o aumento de esperança de vida e consequente envelhecimento populacional, surgem com maior incidência as doenças crónicas e o aumento da incapacidade progressiva. Neste sentido, deve-se investir numa melhor articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários.

Pinheiro (2008), citando Santos e Biscaia é da opinião de que, para ser mais eficiente, a articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários tem de assentar numa acção em rede, formando parcerias com as outras organizações, em que o centro da gestão de cuidados é a Pessoa. Escoval (2010), também é da opinião de que a promoção da saúde e da prevenção da doença traz benefícios para a comunidade. No entanto o investimento nesta área não é ainda uma realidade, se comparado com o que se distribui para o diagnóstico e tratamento da doença.

A prestação de cuidados qualificados exige planeamento e coordenação. Quando os planos de cuidados de enfermagem são bem escritos, com linguagem técnica que todos os profissionais de saúde conhecem, promovem a continuidade de cuidados e propiciam orientações, o que leva a dizer que a sensibilização dos enfermeiros para a elaboração dos registos é importante, permitindo pois afirmar a enfermagem como ciência. Muitos utentes têm alta hospitalar mais fragilizados e dependentes do que quando foram internados, não sendo possível a sua reintegração na família. É neste contexto que surge a necessidade de uma reorganização social e familiar que dê resposta e assegure a continuidade dos cuidados. O enfermeiro tem aqui um papel preponderante no encaminhamento do utente, fazendo a articulação dos cuidados e implementando estratégias na melhoria da qualidade dos cuidados.

No sentido de promover a continuidade dos cuidados no domicílio até à recuperação máxima dos utentes, torna-se premente o planeamento da alta hospitalar com a participação da família no processo dos cuidados para que seja promovido as suas competências no cuidar.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem são extremamente importantes para a prestação dos cuidados que os enfermeiros prestam no seu dia-a-dia, quer em ambiente hospitalar ou cuidados de saúde primários (DR, 2ª série). Assim, é muito importante que todos os enfermeiros assumam que além de ser um direito, é um dever fazer formação em serviço para que haja actualização dos conhecimentos e aperfeiçoamento da prática de enfermagem. De acordo com Ferreira (2005), os enfermeiros estão mais motivados para a aprendizagem, quando a formação e reflexão realizadas se direccionam para a sua experiência e suas práticas.

A Associação de Enfermeiras Americanas define Educação Profissional Contínua como um conjunto de actividades planeadas que asseguram o desenvolvimento profissional, com vista à melhoria dos cuidados, o que vem de encontro com a Ordem dos Enfermeiros ao referirem que a melhoria dos cuidados é um dos objectivos atingidos através da formação mas não só, pois a satisfação profissional, a implementação de novos métodos de trabalho, desenvolvimento de novas capacidades e mudança de atitudes e comportamentos são também alguns dos objectivos da formação dos enfermeiros.

### 3- A LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

O processo de liderança está principalmente orientado para a consecução de objectivos da organização. Estes devem ser conhecidos pelos colaboradores para que possam ser motivados a aumentar a produtividade, a atingir metas e a uma maior satisfação no trabalho. O papel do líder é fundamental na criação de um ambiente de confiança, pois será ele que impele através de estímulos e desenvolvimento de competências dos colaboradores resultando melhor desempenho e maior colaboração. A liderança é pois fundamental nas relações de trabalho dado que os trabalhadores liderados identificam o estilo de liderança como agente catalisador dos conflitos laborais.

#### 3.1- Teorias da liderança

Mais importante que a interpretação organizada e sistematizada da liderança como conceito, é fundamental compreender que a liderança influencia os processos e dinâmicas de grupos pois está relacionada com a capacidade de influenciar pessoas para que os objectivos sejam alcançados. A liderança é um fenómeno social complexo, que não está directamente relacionado à chefia ou comando. Foi nos anos 50 que os cientistas começaram a preocupar-se com os comportamentos e acções do líder, dando assim ênfase aos estilos de liderança.

Definir liderança não é fácil, pois o conceito depende da perspectiva de cada investigador que se debruçou sobre este assunto. De acordo com a GLOBE (*Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness*) citado por Cunha et al. (2007:332), a liderança é a *"capacidade de um indivíduo para influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para a eficácia e sucesso das organizações de que são membros"*.

##### 3.1.1-A teoria dos traços

A teoria dos traços surge até meados dos anos 40 e numa primeira abordagem encara a liderança como um conjunto de traços, onde as qualidades intrínsecas do líder são realçadas e vistas como facilitadoras no desempenho da liderança. Esta teoria sustenta que o líder já nasce líder, não sendo possível mudá-lo através de técnicas de desenvolvimento pessoal. Segundo Marquis e Huston (1999), alguns homens nascem para liderar enquanto outros nascem para serem liderados. A abordagem destaca algumas características do líder como a honestidade, a integridade, a confiança, o conhecimento do trabalho, desejo de liderar que diferencia o líder do não-líder.

### 3.1.2-A teoria Comportamental

Após a II guerra mundial, surge um movimento onde os investigadores estudaram o comportamento individual em situação de chefia formal e em situação de liderança espontânea (Bilhim, 2005). Para além de influenciarem a ciência da administração, as teorias de MCGregor, procuraram pesquisar a liderança baseando-se não nas características do líder mas nas coisas que ele fazia (Marquis & Huston, 1999). Vários estudos como os de White e Lippit, ou os de Lewin, isolaram os estilos comuns de liderança. Estes estilos foram mais tarde designados de Autoritário, Democrático e Laissez-faire.

O estilo Autoritário controla fortemente o grupo: *i)* existe coerção sobre o grupo, *ii)* a comunicação é descendente, *iii)* é o líder que decide qual a tarefa e qual o companheiro de equipa para a execução dessa tarefa. No estilo Democrático existe motivação através de prémios económicos e pessoais: *i)* a comunicação é horizontal, *ii)* há envolvimento entre as pessoas, *iii)* é o grupo que em conjunto, participa nas decisões para atingir os objectivos do serviço e da organização. Este tipo de liderança é eficaz quando há necessidade de cooperação e coordenação entre os grupos. O estilo *Laissez-faire* caracteriza-se por envolver pouco controle, poucos esforços de coordenação e onde a tomada de decisão é dispersa. Este tipo de liderança pode levar à apatia, embora no caso de todos os membros serem altamente motivados, pode levar a um aumento de produtividade e de criatividade.

### 3.1.3-A teoria Contingencial e Situacional

A teoria procura identificar quais os factores situacionais e o estilo de liderança mais importantes e eficazes num determinado contexto. Fiedler citado por Cunha et. al (2007:350), refere que *"... a liderança de grupos e organizações é uma interacção altamente complexa entre o indivíduo e o ambiente social e de tarefa"*. Esta teoria diz, que a correcta relação entre o estilo de interacção do líder e seus subordinados permite que o desempenho do grupo seja mais ou menos eficaz. Assim, o líder de relação ou de tarefa será bom ou mau de acordo com a situação que se está a viver no momento.

### 3.1.4-A Teoria da Liderança Carismática

Parte do pressuposto de que os colaboradores imputam capacidades ao outro quando se lhes é observado algumas características. O líder carismático tem capacidades para motivar os subordinados a fazerem mais do que normalmente é esperado. Max Weber identificou o carisma para apelidar os liderados. Este tipo de líder é visto como um agente de mudança,

em que os seus liderados transcendem interesses pessoais na realização de determinada tarefa em prol do sucesso do grupo.

O líder carismático consegue entusiasmar a equipa de modo a que esta participe e que se sinta motivada para conseguir atingir os objectivos do serviço e organização. Sendo visionário, o líder utiliza a capacidade de comunicar com a equipa, vinculando as necessidades de atingir as metas a que se propõem. De acordo com Bass e Avolio citado por Emery e Barker (2007), a liderança carismática diz respeito à forma como os liderados percebem a liderança e actuam de acordo com o seu líder. Os liderados procuram imitar e adoptam os valores e a missão formando fortes laços emocionais com o seu líder.

### 3.1.5- Liderança transaccional versus transformacional

Emery e Barker (2007) referem que Burns foi um dos pioneiros a considerar os estilos de liderança em termos de características transaccionais e transformacionais. O estilo transaccional baseia-se na autoridade burocrática e na legitimidade dentro da organização, onde as normas de trabalho e as tarefas são orientadas para os objectivos. Este tipo de líder mostra aos seus liderados que o desempenho profissional está associado a uma recompensa ou a uma punição por parte da organização. O mesmo refere Bass, citado por Mcguire e Kennedy (2006), salientando que as recompensas usadas pelo líder transaccional pode incluir louvor e reconhecimento, aumentos por mérito, promoções, bónus ou prémios.

Já a liderança transformacional, de acordo com o mesmo autor, caracteriza-se como um estilo que motiva os liderados, ao invocar os ideais e valores morais de cada trabalhador. O líder pode motivar e inspirar os liderados para terem uma visão para além das expectativas de modo a transformar os indivíduos e organizações (Bass, 1985; Keegan & Hartog, 2004 citado por Emery & Baker, 2007).

Esta teoria requer um equilíbrio entre compreensão conceitual emocional de modo a identificar as características interpessoais entre líder e seguidor, permitindo assim inspiração motivadora e influência na acção das pessoas que estão envolvidas. Neste tipo de liderança, verifica-se pois que o líder dá oportunidades aos colaboradores para o seu sucesso, assegura que estes demonstrem as suas competências, demonstra empatia, dá confiança á equipa para que esta no final veja o seu esforço recompensado com satisfação. É baseada na confiança, havendo uma relação interactiva, de reciprocidade. *“As organizações necessitam de pessoas empenhadas, comprometidas, dispostas a adoptarem comportamentos espontâneos, inovadores e de cidadania” (Cunha et al., 2007: 371).*

### 3.2- Liderança em enfermagem

A conduta dos líderes numa organização, segundo a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP, 2007:13), pode e deve *"criar clareza e unidade dos objectivos, bem como um ambiente no qual a organização e os seus colaboradores sejam excelentes"*.

Os líderes são os principais responsáveis pela melhoria do desempenho, desenvolvendo, implementando e monitorizando a gestão do serviço. É aos enfermeiros chefes/gestores que cabe a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados no seu serviço (Decreto-lei, 247/2009), devendo motivar e alertar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, estando atenta às necessidades do utente para que os cuidados de enfermagem recebidos sejam de qualidade garantindo a sua satisfação.

Liderar em enfermagem é *"saber conduzir, organizando o trabalho de equipa, visando um atendimento eficiente, pois o líder é o ponto de apoio da equipa, quer na educação ou na coordenação do serviço, estimulando a equipa para desenvolver plenamente o seu potencial, o que interferirá directamente na qualidade da assistência"* (Gelbcke, Souza, Sasso, Nascimento & Bulb, 2009, p. 137). Assim, todos os elementos da equipa de enfermagem têm possibilidade de crescer e aprofundar os seus conhecimentos, atitudes no desenvolvimento dos cuidados de enfermagem.

Assim, conhecer as necessidades e expectativas dos enfermeiros é extremamente importante para a eficiência e eficácia do processo de liderança, embora as habilidades fundamentais que levam um líder a ser eficiente se alterem constantemente (Marquis & Huston, 2005).

Os líderes são criativos, são visionários, influenciam os seus subordinados. Sousa e Barroso (2009), salientam que os enfermeiros só podem exercer a sua autoridade como líderes se os elementos da sua equipa os reconheçam como tal.

Os enfermeiros como profissionais centrais em qualquer sistema de saúde têm e devem ser envolvidos nas tomadas de decisão das organizações de saúde. O desenvolvimento e as habilidades da liderança constituem um elemento chave na funcionalidade e coordenação das equipas de trabalho, reflectindo-se pois na garantia da prestação de cuidados de saúde de alta qualidade.

De acordo com Hesbeen (2001:87), o enfermeiro chefe/líder tem como missão *"dar atenção ao pessoal do seu serviço, a fim de lhe oferecer as melhores condições possíveis para exercer a profissão, desenvolvê-la e nela encontrar satisfação"*. Segundo este autor, o enfermeiro chefe/líder tem como incumbência **promover** (um ambiente humanizado e responsabilização dos actos praticados), **organizar** (o serviço para que seja adequado á equipa, serviço e desempenho dos profissionais com comportamentos uniformizados), **comunicar** (como condutor de evolução da equipa partilhando preocupações e projectos, escutar, incentivar

ideias), **desenvolver** (através de acções de formação e actualização de conhecimentos), **deliberar** (troca de ideias para uma decisão final e comum à equipa) e **formar** (com o diálogo e reflexão sobre os cuidados, a saúde e os seus modelos organizativos).

Burhans e Alligood (2010) partilham dessas opiniões salientando que os gestores de enfermagem poderiam desenvolver e implementar estratégias para que os enfermeiros prestadores de cuidados aplicassem os seus conhecimentos científicos com qualidade e responsabilidade, dando ênfase ao ensino dos alunos de enfermagem na qualidade e significado da mesma nos cuidados de enfermagem ao utente. O facto de haver enfermeiros jovens na equipa, permite que surjam novas ideias para o desenvolvimento da prática de enfermagem, o que leva o líder a ter uma equipa participativa e inovadora.

O enfermeiro líder deve pois investir no potencial que cada enfermeiro tem, estimula-los e a considerar que eles são essenciais para alcançar os objectivos a que se propõem promovendo pois condições para um ambiente criativo.

## 4- A LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O cuidar é a essência e o pilar dos enfermeiros, sendo pois o centro das acções dos líderes de enfermagem. O cuidado de enfermagem possui um sentido único na medida em que fomenta nos utentes a importância de cuidar de si, as responsabilidades consigo e com o outro. O cuidado de enfermagem está intimamente ligado com a comunicação entre o enfermeiro e o utente, o enfermeiro e o ambiente envolvente, entre todos os enfermeiros pertencentes à equipa (Sousa & Barroso, 2009). De acordo com estes autores, *“só é possível exercer a liderança para o cuidado pelo próprio cuidado com os membros de equipa que lidera”* (pp:186).

Do enfermeiro líder espera-se assim uma gestão dos cuidados de enfermagem no sentido de promover o cuidar, no respeito pela pessoa humana, assegurando pois, cuidados de saúde humanizados e de qualidade em contexto de optimização dos recursos que tem disponíveis. De acordo com Vesterinen, Isola e Paasivaara (2009), os líderes das organizações de saúde têm um desafio importante para garantir uma elevada qualidade dos cuidados na prática de enfermagem, desafio esse que é manter os enfermeiros nos hospitais. No contexto actual, em que muitos enfermeiros estão em idade de aposentação, é pois extremamente importante o recrutamento de novos enfermeiros quer líderes quer liderados, para que a qualidade dos cuidados não seja posta em causa.

De acordo com Rocha (2004:10) o enfermeiro líder *“deve ser um perito na interacção com os enfermeiros e outros elementos da equipa de saúde, atento ao ambiente e aos outros, tendo pois abertura para analisar os verdadeiros problemas”*. Hader (2005), salienta que a comunicação é o elemento chave para o cuidar com competência e segurança do doente. Já Trevisan citado por Galvão, Sawada, Castro e Corniani (2000), refere que a comunicação é fundamental para influenciar e coordenar os liderados durante todo o processo de liderança.

Os mesmos autores referem pois, que o enfermeiro líder deve desempenhar uma gestão inovadora que permita a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, maior satisfação dos enfermeiros assim como a consecução dos objectivos organizacionais. Quando um enfermeiro se sente motivado, tem uma sensação de bem-estar o que se repercute na satisfação profissional e concomitantemente na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

A comunicação como dimensão importante na liderança, é sem dúvida um recurso que o líder usa para se aproximar dos seus liderados para que estes partilhem ideias e visões para um

bom desenvolvimento do trabalho. É fundamental na profissão de enfermagem a cooperação e contribuição de todos para que os cuidados de enfermagem sejam prestados com qualidade. A comunicação é decisiva na coordenação das actividades dos enfermeiros e consequentemente, na efectivação do processo de liderança.

De acordo com Chaubhut (2009), foram efectuadas pesquisas para quantificar o impacto que o ambiente de trabalho e a liderança em enfermagem produzem nos resultados de qualidade dos cuidados, verificando-se que a qualidade dos cuidados está relacionada com o estilo de comunicação e colaboração, com os modelos de supervisão e com o status, entre outros.

Corniani, Galvão e Sawada (2000), são da opinião de que é importante o conhecimento científico, o relacionamento interpessoal e a competência no exercício da liderança em enfermagem. De acordo com o estudo por eles efectuado, os enfermeiros referem que os líderes necessitam de ouvir e adoptar novas ideias, propiciar mecanismos que permitam à equipa de enfermagem evoluir quer em termos técnicos quer em termos pessoais, tendo por base a confiança.

O gestor deve comunicar com a equipa para que o ambiente de trabalho seja saudável e que todos os enfermeiros prestem cuidados ao utente com qualidade, o que vem corroborar com o estudo efectuado por Balsanelli e Cunha (2006), onde referem que a comunicação é um factor extremamente importante na enfermagem. É através da comunicação que o enfermeiro transmite a mensagem. Esta está no centro da liderança já que é um relacionamento interpessoal no qual os líderes influenciam as pessoas para a mudança. Ora, a maneira como o chefe/responsável transmite a mensagem aos seus trabalhadores interfere no resultado desejado.

Também Frederico e Castilho (2006:2606) corroboram da mesma opinião, ao referirem que a gestão desenvolve "*novas formas de liderança assentes em comunicação horizontal e colaboração interdepartamental*". Também Vesterinen et al. (2009) são da opinião de que os problemas de comunicação têm um efeito negativo no funcionamento dos serviços. A partilha de informações com os colegas através de reuniões, devem ser vistos como aspectos importantes na forma como se relacionam nos vários serviços.

O mesmo refere Gonçalves (2010), quando diz que o êxito do líder, depende da forma como comunica com os outros (saber escutar), procurando ir de encontro às suas necessidades, de modo a que todos em conjunto trabalhem de forma produtiva e satisfatória. Quando o líder não se preocupa em ir ao encontro do liderado, este, desapontado, frustrado, afasta-se dos valores da organização.

Durante o exercício profissional, o enfermeiro depara-se com situações às quais tem de dar resposta. Para tal, procura no contexto pessoal e profissional, actuar de acordo com as suas competências. Essas competências não são estáticas e vão sendo construídas através da

prática, da experiência, de uma formação sólida, para que durante os cuidados ao utente, este sinta bem-estar, quer na melhoria da promoção da saúde, durante a sua doença, quer perante a morte.

Mendonça (2009:31) refere que *“A competência não é estática, não resulta tão-somente de conhecimentos adquiridos, mas é, antes, um processo adaptativo e progressivamente evolutivo desde a aplicação dos saberes teóricos às diversidades e adversidades do quotidiano”*. Assim, o facto de os enfermeiros se preocuparem em adquirir mais formação é uma mais-valia para toda a equipa, pois só assim a enfermagem evolui na qualidade dos cuidados (Vesterinen, et al., 2009).

Schmalenberg e Kramer (2009), concordam ao referirem que o gestor de enfermagem deve ter um comportamento de apoio aos seus colaboradores, mas acrescentam que estes precisam também de possuir competências necessárias para apoiarem sempre que sejam solicitados bem como delegarem funções sempre que haja necessidade.

Para que a qualidade dos cuidados de enfermagem não seja posta em causa, o líder utiliza ferramentas de gestão para mensurar a carga de trabalho e assim ter uma dotação de pessoal mais ajustada na prestação de cuidados de enfermagem com qualidade desejada. Para que isso aconteça, é usado o SCD/E (Sistema de classificação de doentes em enfermagem), em que o enfermeiro supervisor e o enfermeiro director da organização de saúde possam avaliar onde existe falta de pessoal de enfermagem por doente/serviço e assim haver reestruturação do pessoal de enfermagem por serviço.

Atendendo às circunstâncias económicas em que vive o país, os cálculos devem pois ser efectuados a longo prazo, porque a factura a pagar aquando de uma elevada carga de trabalho será mais elevada do que contratualizar mais um elemento de enfermagem para que a qualidade dos cuidados de enfermagem não seja posta em causa e assim poder dizer que houve ganhos em saúde na sua organização.

O trabalho de enfermagem em meio hospitalar é assim desenvolvido em circunstâncias de stress bem como a prática de horários de trabalho rígidos e por turnos. Na opinião de Ernst, Jiang, Krishnamoorthy E Sier (2004), para que a qualidade dos cuidados de enfermagem seja a melhor, os horários de trabalho dos enfermeiros devem ser otimizados para garantir benefícios, exigindo cuidado nas tomadas de decisão de modo a que haja equidade de horários por turno, preferências de turno, acordos de trabalho, estes se sintam satisfeitos e executem as suas tarefas e assim a missão a que se propõem, mais não é do que a satisfação do utente, seja cumprida.

Também Aiken, et al. (2010), vêm corroborar ao afirmarem num estudo por eles efectuado, de que a mortalidade dos utentes está intimamente ligada à carga de trabalho dos

enfermeiros, onde verificaram que o rácio enfermeiro /utente quanto mais baixo menor era a mortalidade dos utentes e maior era a satisfação dos profissionais de saúde.

Manter um ambiente de trabalho positivo e uma equipa de enfermagem reforçada é assim fundamental para alcançar a segurança do utente. A actual escassez de enfermeiros junto do utente aumenta a importância de ter uma liderança forte, clara, de apoio e inspiradora de toda a organização de saúde (McGuire & Kennedy, 2006).

A liderança envolve um processo de condução de um grupo de pessoas, motivando e influenciando os liderados para a consecução dos objectivos da organização. Cabe ao líder possuir visão a longo prazo, focalizar-se nas pessoas, motivando-as, ser inovador, propenso a correr riscos.

Assim e tendo em consideração o exposto acima e as evidências sugeridas, propõe-se a seguinte hipótese de investigação:

*H1. A Liderança em enfermagem influencia positivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem.*

## 5- METODOLOGIA

Este capítulo descreve os métodos utilizados para recolher os dados necessários para testar a hipótese formulada no estudo. Procura-se fundamentar as opções feitas para abordar o problema do estudo, método de colheita de dados, modelo de análise utilizado e as variáveis estudadas.

### 5.1- Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi efectuada através de um questionário formado por questões de resposta fechada (tipo *Likert*), aplicado aos enfermeiros liderados da ULS EPE (Unidade Local Saúde, Empresa Pública Empresarial) de Castelo Branco e foi realizada entre Agosto e Outubro de 2011. Qualquer tipo de investigação deve obedecer a princípios éticos rigorosos, com o objectivo de proteger os direitos do ser humano. Neste sentido, foi pedido autorização formal ao Conselho de administração da ULSCB (Anexo 1) para efectuar a colheita de dados pretendidos, explicando previamente o que se pretendia com o mesmo e assegurando o anonimato.

No sentido de assegurar a eficácia e eficiência do instrumento de recolha de dados, foi previamente efectuado um pré-teste a enfermeiros colaboradores pertencentes a outras instituições, via correio electrónico. Depois de se verificar que não havia dúvidas quanto ao preenchimento do questionário, este foi então aplicado à população a ser estudada. Assim, após explicação do que se pretendia com o estudo, os questionários foram entregues, conjuntamente com um envelope para posteriormente serem recolhidos em data a combinar e de forma anónima. Para que houvesse um maior número de questionários respondidos e validados, alguns serviços foram entregues e recebidos no momento, a pedido do próprio enfermeiro, com receio de alguma represália por parte do seu superior.

O total dos enfermeiros colaboradores inquiridos foram 283, dos quais 2 foram eliminados pela autora do estudo por possuírem a categoria de chefe embora estivesse a exercer funções de prestador de cuidados. Foram recebidos 197 questionários dos quais 13 não obedeciam aos pressupostos inicialmente traçados, pelo que foram eliminados. Assim, a amostra final é constituída por 184 enfermeiros colaboradores de todos os serviços da ULS Hospital de Castelo Branco. Dos questionários entregues, houve assim uma percentagem de respondentes de 65,02%.

### 5.2- Enviesamentos provocados pelas “Não-Respostas”

Armstrong e Overton (1977) realçam que os questionários por correio têm sido alvo de críticas devido ao potencial enviesamento das “não-respostas”, referindo ainda que a estratégia para

minimizar esse risco consiste em reduzir ao máximo o número das não respostas, ou seja procurar uma taxa de respostas significativa. Atendendo à taxa de respostas alcançada (65,02), considerou-se que o enviesamento das “não-respostas” não constituiria um problema significativo na presente investigação.

### 5.3- Operacionalização e medida das variáveis

A liderança em enfermagem, percebida pelos enfermeiros foi medida através de um conjunto de itens retirados da escala desenvolvida e validada no contexto português por Frederico e Castilho (2006) a quem foi feito o pedido formal para a sua utilização (anexo 2). A escala original aborda a liderança em enfermagem como uma variável multidimensional explicada por um conjunto de quatro dimensões: *(i)* Reconhecimento (dezanove itens), *(ii)* Comunicação (quinze itens), *(iii)* Desenvolvimento de equipa (quinze itens) e *(iv)* Inovação (oito itens).

Atendendo à dimensão significativa da escala, em termos de itens envolvidos, optou-se por seleccionar apenas alguns dos itens da escala original, trabalhando assim com uma versão reduzida da escala original. A Liderança em enfermagem foi assim medida através de um conjunto de 13 itens (Anexo 3) repartidos da seguinte forma: *(i)* Reconhecimento (quatro itens), *(ii)* Comunicação (três itens), *(iii)* Desenvolvimento de equipa (quatro itens) e *(iv)* Inovação (dois itens).

A variável qualidade dos cuidados de enfermagem foi medida através de um conjunto de seis itens, seleccionados de entre os diversos padrões emanados da Ordem dos Enfermeiros (Satisfação do utente, promoção da saúde, prevenção de complicações, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem).

A tabela 1, mostra a média, o desvio padrão, o Alfa de Cronbach, bem como as correlações entre as diversas variáveis latentes.

Tabela 1 – Média, desvio padrão, Alpha de Cronbach e correlações

	Media (M)	Desvio Padrão (SD)	Alpha Cronbach	R	C	D	I	QCE
Reconhecimento (R)	2,890	0,867	0,859	1	,559**	,246**	,594**	,455**
Comunicação (C)	3,491	0,950	0,870	,559**	1	,364**	,757**	,607**
Desenvolvimento (D)	3,004	0,925	0,914	,246**	,364**	1	,378**	,613**
Inovação (I)	3,052	0,998	0,888	,594**	,757**	,378**	1	,753**
Qualidade dos Cuidados de	3,338	0,785	0,832	,455**	,607**	,613**	,753**	1

\*\* Correlação significativa para um nível de 0.01 (2-tailed).

Além das duas variáveis centrais do estudo (Liderança e Qualidade), consideraram-se ainda quatro outras variáveis, no sentido de permitir uma breve caracterização da amostra estudada: *i)* Sexo (variável dicotómica), *ii)* idade (variável contínua), *iii)* categoria profissional (variável nominal) e *iv)* tempo de exercício profissional (variável contínua).

#### 5.4-Tratamento estatístico

No tratamento estatístico dos dados recolhidos recorreu-se a instrumentos de natureza descritiva (frequências absolutas, médias, a medidas de dispersão como o desvio padrão) e à análise de equações estruturais. Para o efeito, utilizaram-se os *softwares* IBM SPSS Statistics (v. 19.0.0, SPSS Inc, Chicago, II) e IBM SPSS AMOS (v. 19.0.0, SPSS Inc. Chicago, II).

## 6- RESULTADOS

Em primeiro lugar, procede-se a uma breve caracterização socio-demográfica da amostra, através de medidas descritivas (frequências absolutas, médias, desvio padrão), utilizando-se para o efeito o IBM SPSS *Statistics*. Depois recorreu-se ao IBM SPSS AMOS para aplicar a análise de equações estruturais, no sentido de procurar analisar a hipótese central desta investigação, segundo a qual a Liderança em enfermagem influenciaria positivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem.

### 6.1- Perfil da amostra

Como já referido, a amostra deste estudo é constituída por 184 enfermeiros prestadores de cuidados em serviços de enfermagem da organização de saúde hospitalar incluída nesta pesquisa.

De acordo com os resultados obtidos no tratamento dos dados, verifica-se um predomínio claro do sexo feminino (77,7%), como é normal acontecer na profissão de enfermagem. Em relação à idade, constata-se que os enfermeiros colaboradores na prestação de cuidados apresentam uma média de idade de 39 anos (desvio padrão: 8), variando entre 24 e 59 anos (*missings*: 6 casos).

Quanto à categoria profissional, observa-se que apenas 23,4% da amostra corresponde a enfermeiros com especialidade. No estudo foram consideradas todas as pós graduações na medida em que a abertura de concurso para enfermeiro especialista não se tem verificado nos últimos anos e a formação após a licenciatura é uma mais-valia para os enfermeiros.

Finalmente, em relação ao tempo de exercício profissional, os resultados apontam para uma média de 16 anos (desvio padrão: 8), indicando que os enfermeiros já têm alguns anos de experiência profissional.

### 6.2- Validação do modelo de medida

A viabilidade do modelo proposto foi investigada através da análise de equações estruturais (AEE) que, de acordo com Marôco (2010), pode ser descrita, em termos simplistas, como uma combinação das técnicas clássicas de Análise Factorial e de Regressão linear, embora, na realidade, corresponda a um pouco mais que a simples soma das 2 técnicas, permitindo uma análise simultânea das inter-relações entre variáveis observáveis e variáveis latentes (Hair et al., 2005). Para o efeito, recorreu-se ao *software* AMOS (v. 19.0.0, SPSS Inc, Chicago, II).

Um modelo de equações estruturais deve ser composto por duas partes essenciais (Hair et al, 2005): i) Modelo de medida (*measurement model*) - especifica as relações entre as variáveis observáveis e as suas variáveis latentes; ii) Modelo estrutural (*structural model*) - especifica a estrutura de relações entre as variáveis latentes.

### 6.2.1- Pressupostos dos métodos de análise

A fase preliminar de tratamento dos dados é essencial para assegurar a validade dos diversos pressupostos inerentes às análises efectuadas, bem como dos resultados alcançados (Hair et al.).

No output da análise correspondente ao pressuposto da normalidade, observou-se que nenhuma das variáveis observadas/manifestas apresentava medidas de assimetria (skew) ou curtose (Kurtosis) que indicassem uma qualquer violação severa do pressuposto da normalidade uni- e multivariada ( $|Sk| < 3$  e  $|Ku| < 10$  - Marôco, 2010; Kline, 2004).

A verificação do pressuposto da linearidade foi efectuada através de análise das correlações de Pearson entre as diversas variáveis de cada variável latente. De facto, no caso de linearidade, espera-se que as correlações sejam significativas entre as diversas variáveis observáveis (Hair et al., 2005; Kline, 2005). Comprovou-se a existência de relações lineares significativas (para um nível de 1%) entre praticamente todas as variáveis.

Como recomendado por Marôco, 2010, para a identificação de eventuais outliers multivariados optou-se pelo critério da distância Mahalanobis, considerando para o efeito um nível de significância de 0,001, tal como recomendado por Hair et al. (2005). A análise não revelou a presença de qualquer observação atípica.

O pressuposto da ausência de multicolinearidade entre variáveis observáveis foi verificado através das estatísticas VIF (*variable inflator factor*) e T (medida de tolerância). Todos os indicadores calculados através do IBM SPSS Statistics (v. 19.0.0, SPSS Inc, Chicago, II) apontam para a ausência de problema no que toca à multicolinearidade. Com efeito, todos os VIFs encontravam-se abaixo de 3 e todas as medidas de tolerância abaixo de 0,20.

### 6.2.2 - Análise factorial confirmatória do modelo de medida

Na Análise Factorial Confirmatória foi utilizado o *software* AMOS (v. 19.0.0) e aplicou-se, para o efeito, o método da Máxima Verosimilhança (*Maximum Likelihood*), por ter sido a

abordagem geralmente mais utilizada na AEE, pela sua robustez, embora se mostre inadequada em situações que violem o pressuposto da normalidade multivariada (Byrne, 1995; Hair et al., 2005). A execução do modelo gerou o diagrama com as medidas padronizadas e o relatório *fit measures* (medidas de ajuste) entre outros *outputs*.

A figura 1 apresenta o modelo com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão. Como se pode observar, todos os itens apresentam pesos factoriais elevados ( $\lambda > 0,5$ ) e fiabilidades individuais adequadas ( $R^2 > 0,25$ ).

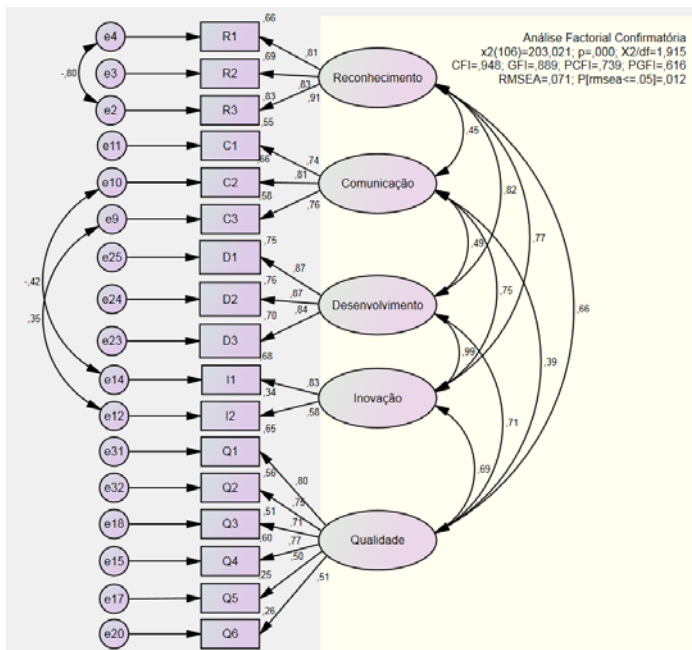


Figura 1 - Modelo final da Análise Factorial Confirmatória

A validade convergente dos constructos foi testada através de várias medidas de ajuste relativas, absolutas e de parcimónia, consideradas para o efeito, por serem das mais utilizadas em estudos de investigação baseados na metodologia SEM. Os resultados obtidos relativamente aos índices de ajuste do modelo, que aferem acerca da qualidade do ajuste do modelo hipotético com os dados amostrais, encontram-se sintetizados na tabela 2.

Tabela 2 - Indicadores de ajuste do modelo final da Análise Factorial Confirmatória

ÍNDICES DE AJUSTE	VALORES	NÍVEL DE ACEITAÇÃO
<b>Medidas absolutas</b>		
$\chi^2/g.l.$ ( <i>CMIN/DF</i> )	1,915 (*)	<2 (bom) 5 (aceitável) Marôco (2010)
GFI ( <i>Goodness of Fit Index</i> )	0,889	>0,9 (bom) 0,95 (muito bom) Marôco (2010)
RMSEA	0,071	<0,05 (muito bom) 0,08 (bom) 0,1 (mediocre) Marôco (2010)
RMR ( <i>Root mean square residual</i> )	0,073	< 0,10 (Hair et al., 2005)
<b>Medida relativa</b>		
CFI ( <i>Comparative fit index</i> )	0,948	>0,9 (bom) 0,95 (muito bom) Marôco (2010)
<b>Medidas de parcimónia</b>		
PCFI ( <i>Parsimony Comparative Fit Index</i> )	0,739	>0,6 (razoável) 0,8 (bom) Marôco (2010)
PGFI ( <i>Parsimony Goodness of Fit Index</i> )	0,616	>0,6 (razoável) 0,8 (bom) Marôco (2010)

Como se pode observar, o modelo especificado apresenta uma qualidade de ajustamento relativamente boa. Com efeito, com excepção do GFI (*Goodness of Fit Index*), todos os índices de ajuste calculados para a avaliação do modelo apresentaram valores acima dos referenciais realçados na literatura (Hair et al., 2005; Marôco, 2010). Mesmo assim, ainda que o valor de GFI se encontre abaixo de 0,9, foi considerado aceitável por estar muito próximo do valor de referência.

### 6.3 Validação do modelo proposto

Concluída a validação do modelo de medição, através da Análise Factorial Confirmatória, e considerando as correlações estatisticamente significativas entre as variáveis latentes, procedeu-se de seguida à validação do modelo estrutural, procurando estudar a pertinência da hipótese levantada de que a liderança em enfermagem teria uma influência positiva na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Para o efeito, manteve-se o método de estimação da Máxima Verosimilhança.

Como se pode observar pela leitura da tabela 3, o modelo estrutural também apresenta índices razoavelmente satisfatórios de ajuste. De facto, com excepção do GFI (*Goodness of Fit Index*), todos os índices de ajuste calculados para a avaliação do modelo apresentaram valores acima dos referenciais realçados na literatura (Hair Et al., 2005; Marôco, 2010). Apesar de tudo, ainda que o valor de GFI se encontre abaixo de 0,9, foi considerado aceitável por estar próximo do valor de referência.

Tabela 3- Indicadores de ajuste do modelo

ÍNDICES DE AJUSTE	VALORES	NÍVEL DE ACEITAÇÃO
<b>Medidas absolutas</b>		
$\chi^2/g.l.$ (CMIN/DF)	2,067 (*)	<2 (bom) 5 (aceitável) Marôco (2010)
GFI (Goodness of Fit Index)	0,879	>0,9 (bom) 0,95 (muito bom) Marôco (2010)
RMSEA	0,076	<0,05 (muito bom) 0,08 (bom) 0,1 (mediocre) Marôco (2010)
RMR (Root mean square residual)	0,089	< 0,10 (Hair et al., 2005)
<b>Medida relativa</b>		
CFI (Comparative fit index)	0,937	>0,9 (bom) 0,95 (muito bom) Marôco (2010)
<b>Medidas de parcimónia</b>		
PCFI (Parsimony Comparative Fit Index)	0,764	>0,6 (razoável) 0,8 (bom) Marôco (2010)
PGFI (Parsimony Goodness of Fit Index)	0,638	>0,6 (razoável) 0,8 (bom) Marôco (2010)

(\*) Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) = 229,484 (p=0,000) e Graus de liberdade = 111

A figura 2 apresenta os valores dos pesos factoriais estandardizados bem como a fiabilidade individual de cada um dos itens do modelo estrutural. Como se pode observar, todos os itens apresentam pesos factoriais elevados ( $\lambda > 0,5$ ) e fiabilidades individuais adequadas ( $R^2 > 0,25$ ), à excepção do item I2 que, apesar de tudo, apresenta um valor igual a 0,24, muito próximo do limite expectável.

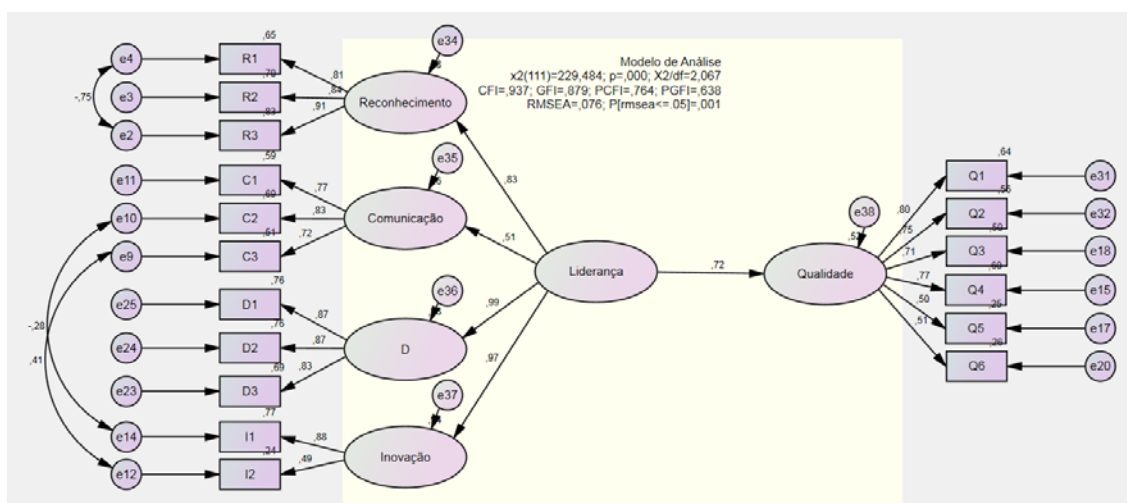


Figura 2- Coeficientes padronizados do modelo estrutural

A análise da trajectória entre o factor Liderança e o factor Qualidade sugere claramente que a *Liderança em enfermagem* tem um efeito directo ( $\beta=0,724$ ) estatisticamente significativo ( $p=0,007$ ) sobre a *Qualidade dos serviços de enfermagem* prestados, proporcionando assim suporte à hipótese levantada.

## 6.4 Discussão dos resultados

Os resultados desta investigação sugerem claramente que a liderança em enfermagem influencia directa e significativamente a qualidade dos cuidados de enfermagem, reforçando um vasto conjunto de ideias veiculadas ao longo de toda a literatura que sugerem a pertinência dessa relação, embora alguns estudos sugiram não haver correlação entre a qualidade percebida pelos profissionais de saúde e a liderança, como por exemplo no caso de Marcos et al. (2004).

As unidades de saúde são organizações complexas, quer em termos de relações humanas, quer em termos tecnológicos que interferem directamente nos seus trabalhadores. Os enfermeiros são profissionais de saúde com competências específicas, legalmente habilitados para prestar os cuidados de enfermagem ao utente ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que estão integrados para que se mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Assim, a enfermagem como classe profissional inserida numa organização hospitalar, detentora de hierarquia estratificada, tem muita importância nas organizações de saúde bem como um grande potencial de estudo na liderança. Esta, se for adequada e impulsionadora de comportamentos que potencializem a qualidade dos cuidados de enfermagem bem como a satisfação dos profissionais colaboradores, pode gerar ganhos em termos de gestão o que se vem a reflectir nos cuidados de saúde prestados ao utente.

Com a evolução do desenvolvimento pessoal e profissional, é cada vez mais evidente a necessidade de definir estratégias partilhadas, em que a liderança e o espírito de equipa estejam presentes para a concretização da realização de tarefas, havendo pois a motivação necessária dos enfermeiros para atingir os objectivos da sua unidade e que estes estejam de acordo com os da organização em que estão inseridos.

Também a percepção que o enfermeiro tem sobre a equidade das oportunidades no seu serviço, motiva-o a prestar cuidados de qualidade. Essa ideia vem de encontro a Ernest et al. (2004), quando referem que os horários de trabalho dos enfermeiros devem ser optimizados para garantir benefícios, exigindo cuidados nas tomadas de decisão de modo a que haja equidade de horários por turno, preferências de turno, acordos de trabalho, para que estes se sintam satisfeitos e executem as suas tarefas e assim a missão a que se propõem, influenciando deste modo o nível de satisfação do utente.

O estudo vem de encontro às constatações dos autores Tafreshi et al. (2007), que referem que a organização dos serviços tem de se preocupar com as condições físicas das instalações a fim de fornecer os melhores cuidados para que os utentes saiam satisfeitos com os cuidados que recebem. Consideram pois, existirem factores como a gestão organizacional e liderança, recursos humanos, instalações que influenciam os cuidados de enfermagem com qualidade.

Burhans e Alligood (2010) são da opinião de que os líderes poderiam desenvolver estratégias identificáveis pelos seus enfermeiros colaboradores, para que a qualidade dos cuidados como o carinho, a empatia e o respeito, seja uma realidade no serviço que lideram. Os resultados desta investigação vêm reforçar essa ideia.

Kuregant, Tronchin e Melleiro (2006) mencionam que é fundamental o envolvimento dos recursos humanos da organização na implementação de estratégias que levem os profissionais de saúde a serem criativos e motivados. O Instituto de medicina americano reconheceu nos anos 2000 a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde através da obra "errar é humano". Delineou-se a visão para os cuidados seguros e de alta qualidade tendo as evidências como base centradas no utente. De acordo com os anteriores autores, os enfermeiros como prestadores de cuidados de primeira linha, planeiam, estimam e avaliam as necessidades dos cuidados ao utente de modo a garantir o seu conforto. Estes cuidados, quando prestados com qualidade, produzem resultados significativos na segurança do utente. A Associação americana de enfermagem refere mesmo que os enfermeiros são responsáveis pela qualidade e melhoria sistemática da prática de enfermagem.

Esta investigação vem também reforçar a ideia de que o factor "comunicação" é essencial para o exercício da influência na coordenação das actividades em grupo, de modo a efectivar o processo de liderança, visando mudanças no comportamento do indivíduo através de atitudes, desempenho que leve à satisfação profissional. Ruthes e Cunha (2009) são da opinião de que liderar a equipa, ensinar os enfermeiros, comunicar e orientar acções e a prática do cuidar tem como objectivo a competência do enfermeiro. Esta investigação vai de encontro a essas constatações, atendendo a que a comunicação corresponde a uma das 4 dimensões da liderança em enfermagem.

O líder deve utilizar ferramentas capazes de motivar os seus enfermeiros a desenvolver habilidades, conhecimentos para que a organização de saúde tenha sucesso. Também o envolvimento profissional e a oportunidade dada pelo líder de crescer profissionalmente é uma mais-valia para que a qualidade dos cuidados seja uma realidade.

Ruthes e Cunha (2008), são da opinião de que várias organizações de saúde se consciencializaram de que é no capital humano que está o potencial criativo tendo como meta a qualidade dos cuidados. O enfermeiro tem como meta o bem-estar do utente, e, nesse sentido procura estratégias para conseguir atingir o objectivo a que se propõe. Assim, procura ter ideias para simplificar métodos e procedimentos, reduzir a burocracia de forma a criar valor na sua profissão. Todos os enfermeiros estão envolvidos em actividades inovadoras, motivadas pelo desejo de melhorar os resultados dos cuidados prestados aos utentes.

Para que o desempenho profissional seja adequado, a inovação é uma das dimensões de grande importância no mercado competitivo em que se vive nos dias de hoje. É necessário inovar, pelo que o enfermeiro deve tomar consciência quando, como, porquê e para quê,

sendo imprescindíveis as orientações definidas pelo líder no controlo da criatividade. O mesmo se conclui através desta investigação. Os resultados sugerem que, os enfermeiros líderes devem dar importância à inovação, incentivando e permitindo que os seus enfermeiros colaboradores sejam criativos na implementação de estratégias, tendo como meta a qualidade dos cuidados ao utente, procurando, de forma contínua, formas inovadoras de prestar os serviços necessários.

## 7- CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

### 7.1- Considerações finais

Após a conclusão do estudo, é possível constatar que a liderança influencia a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Em última instância, os enfermeiros são os agentes que directamente influenciam a qualidade dos cuidados prestados. Os resultados desta investigação mostram que essa qualidade depende de forma significativa do “líder” e da forma como este gere o serviço quer em termos ambientais, humanos ou técnicos.

Em termos gerais, este estudo deve propiciar aos administradores em geral e aos enfermeiros chefes em particular a necessidade de reflectirem sobre os diversos processos de gestão tanto de pessoal como de recursos físicos, ambientais, organizacionais e de como estes têm influência significativa na qualidade dos serviços prestados. Mais concretamente, os resultados da investigação mostram a importância que têm na qualidade dos serviços de enfermagem, *i)* o reconhecimento demonstrado pelo líder, *ii)* as suas acções orientadas para o desenvolvimento dos enfermeiros em geral, *iii)* a forma como comunica com os seus “liderados”, assim como *iv)* a forma como ele incute e incentiva o espírito inovador no seu serviço.

### 7.2- Limitações

A presente investigação permitiu mostrar que a liderança em enfermagem influencia directamente e significativamente a qualidade dos cuidados de saúde. No entanto, apesar dos seus diversos contributos, o estudo não pode ser considerado como isento de limitações relativamente às quais seria importante atender em futuras pesquisas.

De facto, a investigação restringiu-se a uma única Unidade Local de Saúde (ULS EPE de Castelo Branco), pelo que as conclusões às quais se chegou poderão não ser generalizáveis a outras organizações do sector. Além disso, o recurso a percepções dos enfermeiros para operacionalizar as dimensões e variáveis consideradas na análise não podem deixar de ser tidas em conta como limitação do estudo desenvolvido. A própria escolha dos itens considerados para medir as variáveis consideradas representa uma limitação em si, apontando para a necessidade de estudos de maior envergadura, onde por exemplo, não houvesse limitações em termos do número de itens utilizáveis e onde se pudesse usar a escala original de Frederico e Castilho (2006) para medir a liderança, bem como usar a generalidade dos padrões emanados da Ordem dos Enfermeiros para medir a qualidade dos serviços de enfermagem, podendo até mesmo considerar esta última como variável multidimensional, de acordo com a própria estrutura sugerida pela Ordem: Satisfação do utente, promoção da

saúde, prevenção de complicações, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem.

### **7.3- Sugestões para futuras investigações**

A escassez de investigação relativamente à influência da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, justifica plenamente a necessidade de apontar para algumas sugestões pertinentes para estudos futuros a desenvolver nesta área do saber.

Assim, para começar, como futuras linhas de investigação, seria importante replicar o mesmo estudo numa população muito mais abrangente, dado que a amostra do estudo é reduzida a uma organização de saúde, para se poder extrapolar os resultados sobre a relação existente entre a liderança e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem para a generalidade das instituições de saúde.

Além disso, considerando, por um lado, as diversas indicações constantes da literatura que apontam para o peso do factor Liderança no empenho que os diversos colaboradores demonstram no seu local de trabalho e, por outro lado, as evidências quer teóricas, quer empíricas, de que o empenho dos colaboradores nos programas de melhoria da qualidade é essencial, uma investigação que se impõe seria verificar até que ponto o empenho dos colaboradores não actua como uma variável moderadora na relação Liderança em enfermagem-Qualidade dos serviços de enfermagem.

Finalmente, seria de igual modo interessante desenvolver, na mesma organização de saúde, um estudo similar, mas agora na perspectiva do líder, para permitir comparar os resultados de ambas as investigações e verificar se existem diferenças significativas ao nível das conclusões alcançadas.

## BIBLIOGRAFIA

ADAMI, N. (2000), A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, Volume13, número especial, parte I, pp.190-196.

AIKEN, L.; SLOANE, D.; CIMIOTTI, J.; CLARKE, S.; FLYNN, L.; SEAGO, J.; SPETZ, J. & SMITH, H. (2010), Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. *Health Services Research* Volume 45, número 4, pp.904-921.

ALMEIDA, L. (2010), Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de saúde pública* Volume 28, número1 – JANEIRO/JUNHO, pp. 79-92.

ARMSTRONG, J. & OVERTON, T. (1977), Estimating nonresponse bias in mail surveys. *Journal of Marketing Research* Volume 14, número3, pp. 396-402.

BARBOSA, L. & MELO, M. (2008), Relações entre Qualidade da Assistência de Enfermagem: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista brasileira de Enfermagem. REBEn* Maio - Junho, Volume 61, número 2, pp.366-370.

BILHIM, J. (2005). *Teoria Organizacional, estruturas e pessoas* (4ª edição). Instituto superior de ciências sociais e políticas, Lisboa, pp.478.

BISCAIA, J. (2000), Qualidade em saúde uma perspectiva conceptual. *Revista qualidade em saúde pública*, Instituto de qualidade em saúde, Volume 0, pp. 6-11.

BURHANS, L. & ALLIGOOD, M. (2010), Quality Nursing Care in the Words of Nurses. *Journal of Advansed Nursing*, volume 66, número 8, pp.1689-1697.

CAMPOS, C. (2005), Estratégias de Avaliação e Melhoria Continua da Qualidade no Contexto de Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira Saúde materna, infantil*, recife, Volume 5, suplemento1, pp. 563-569.

CASTRO, C. (2007), Percepção dos Enfermeiros sobre os Contributos do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, Dissertação de mestrado. Universidade Aberta, Lisboa.

CORNIANI, F.; GALVÃO, C. & SAWADA, N. (2000), Liderança e Comunicação: Opinião dos Enfermeiros responsáveis pelos Serviços de Enfermagem de um Hospital Governamental. *Revista Escola Enfermagem USP*, Volume 34, número 4, pp.347-53.

CUNHA, M.; REGO, A.; CUNHA, R. & CARDOSO, C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (6ª edição). Damaia. Editora RH, Lda., pp.1038.

DEPARTAMENTO DA QUALIDADE NA SAÚDE (2011), Qualidade em destaque. Direcção Geral de Saúde. Lisboa. Disponível na internet

<http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>. Acedido em 10/05/2011.

DONABEDIAN, A. (1987), Evaluating the Quality of Medical Care. *Health Care Financing Review, health care financing review, annual supplement*, pp.75-75.

DONABEDIAN, A. (2005), Commentary on some studies of the quality of care. *Milbank Quarterly*, Volume 83, número 4, pp. 691 - 729.

EMERY, C. & BARKER, K. (2007), The effect of transactional and transformational leadership styles on the organizational commitment and job satisfaction of customer contact personnel, *Journal of organizational Culture, Communication and Conflict*, Volume 11, número1, pp.77-90.

ESCOVAL, A.; COELHO, A.; DINIS, J.; RODRIGUES, M.; MOREIRA, F. & ESPIGA, P. (2010), Gestão Integrada da Doença: uma Abordagem Experimental de Gestão em saúde, *Revista Portuguesa de saúde Pública*. Volume temático, número 9, pp.105-116.

ERNEST, A.; JIANG, H. & KRISHNAMOORTHY, M. (2004), Staff Scheduling and Rostering: A Review of Applications, Methods and Models, *European Journal of Operational Research* Volume 153 número1, pp.3-27.

ESTABROOKS, S.; SCOTT, S.; JANET E SQUIRES; STEVENS, B.; O BRIEN-PALLAS, L.; WATT-WATSON, J.; PROFETTO-McGRATH, J.; McGILTON, K.; GOLDEN-BIDDLE, K.; LANDER, J.; DONNER, G.; BOSCHMA, G., HUMPHREY, C. & WILLIAMS, J. (2008), Patterns of research utilization on patient care units, *Implementation Science*, Volume 3, número31, pp.1-16.

FERNANDES, A, & LOURENÇO, L. (2007), O Modelo de Auto-Avaliação da EFQM no processo de melhoria da Qualidade: o Hospital Amato Lusitano. II Seminário de Gestão em Saúde. Covilhã.

FERREIRA, P. (2005), Formação em serviço e desenvolvimento profissional: os enfermeiros em contextos aprendentes. *Revista Sinais Vitais*, número59, pp.12-20.

FLORENTIM, R.; FRANCO, M. (2006), A Qualidade dos Cuidados de saúde Prestados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da cova da Beira: Um estudo Empírico. *Revista Investigação em Enfermagem*, número13-Fevereiro, pp.15-26.

FRANCO, J.; BARROS, B.; VAIDOTAS, M. & INNOCENZO, M. (2010), Percepção dos Enfermeiros sobre os Resultados dos Indicadores de Qualidade na Melhoria da Prática Assistencial, *Revista Brasileira Enfermagem Brasilia*, Setembro - Outubro, Volume 63, número 5, pp.806-810.

FREDERICO, M. & CASTILHO, A. (2006), Percepção de Liderança em Enfermagem - Validação de uma escala. *Revista Psycologica*, número 43, pp.259-270.

GALVÃO, C.; SAWADA, N., CASTRO, A.; CORNIANI, F. (2000), Liderança e Comunicação Estratégias Essenciais para o Gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. *Revista latino-americana enfermagem* - Ribeirão Preto - Volume 8, número 5, pp.34-43.

Gelbcke, F.L., Souza, L.A., Sasso, G.M.D., Nascimento, E., & Bulb, M.B.C. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira. *Revista Brasileira Enfermagem*, Volume 62, número 1, 136-139.

GUNTHER, M. & ALLIGOOD, M. (2002), A discipline-specific determination of high quality nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, Volume 38, número 4, pp. 353-359.

HADER, R. (2005), Sucess in one leadership strategy away. *Nursing management*. Volume 36, número 9, pp. 6-61.

HESBEEN, W. (2001), *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lusosciência, Loures, pp.230.

KUNAVIKTIKUL W., ANDERS R.L., SRISUPHAN W., CHONTAWAN R.,NUNTASUPAWAT R. & PUMARPORN O. (2001), Development of quality nursing care in Thailand. *Journal of Advanced Nursing Volume 36*, número 6, pp. 776-784.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D.; MELLEIRO, M. (2006), A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos, *acta paulista enfermagem*, Volume 19, número1, pp. 88-91.

MARÔCO, J. (2010), Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações, ReportNumber, Lda, Pêro pinheiro, pp.374.

MARQUIS, B. & HUSTON, C. (1999). *Administração e Liderança em Enfermagem*, (2ª edição), Porto Alegre, pp.557.

MCGUIRE, E. & KENNEDY, S. (2006), Nurse managers as transformational and transactional leaders, *Nursing economic\$, july-august*, Volume 24, número 4, pp.179-185.

NOGUEIRA, S. (2008), Qualidade e Satisfação em Serviços de Saúde: Uma Abordagem da Avaliação do Desempenho, Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Departamento de Sociologia, Lisboa.

PEREIRA, J. (2010), Avaliação de Impacto do Processo de Bolonha nos Enfermeiros em Portugal: -Construção de um modelo para Avaliação de Impacto de Políticas Intersectoriais, dissertação de mestrado, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa.

PINHEIRO, C. (2008), A Gestão das doenças Crónicas: Implicações na Prática nos Cuidados de Saúde primários, dissertação de mestrado, Universidade Aberta, Lisboa.

PISCO, L (2001). Perspectivas sobre a qualidade na saúde. *Qualidade em Saúde*. Número 5. pp. 4-6.

PISCO, L. & BISCAIA, J. (2001), Qualidade de Cuidados de Saúde Primários, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume temático, número 2, pp.43-51.

PORTUGAL. Diário da República, 2ª série-nº47 de 8 de Março de 2011.

ROCHA, M. (2004), O enfermeiro chefe Gestor de Cuidados, *Revista Nursing*, (edição portuguesa), número185, ano 15, pp. 6-12.

RUTHES, R., CUNHA, I. (2009), Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual, *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília 2009, Volume 62, número 6, pp.901-5.

Schmalenberg, C. & Kramer, M.(2009), Nurse Manager Support: How do Staff Nurses Define it? *American association of critical care nurses*, Volume 29, número 4, pp.61-69.

SOUSA, L.; BARROSO, M. (2009), Reflexão sobre o cuidado como Essência da liderança em Enfermagem. *Escola Anna Nery*, *Revista enfermagem* Volume13, número1, pp.181-187.

SOUSA, P.; PINTO, F.; COSTA, C. & UVA, A. (2008), Avaliação da Qualidade em Saúde: a Importância do Ajustamento pelo Risco na Análise de Resultados na Doença Coronária. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, Volume Temático, número 7, pp. 57- 65.

TAFRESHI, M.; PAZARGADI, M. & SAEEDI, Z. (2007), Nurses' Perspectives on Quality of Nursing Care: a Qualitative Study in Iran, *International journal of Health Care Quality Assurance*, Volume 20, número 4, PP.320-328.

VESTERINEN, S.; ISOLA, A. & PAASIVAARA, L. (2009), Leadership Styles of Finnish Nurse Managers and Factors Influencing it, *Journal of Nursing Management*, Volume17, pp.503-509.

# ANEXOS

Anexo 1

9/11/11  
Aumentar a aplicação  
do questionário a todos os  
representantes dos serviços  
especializados da ULS  
de Castelo Branco

01 17:04:30 21-08-08 17:04:30  
Sistema de Informação Documental

ULS - Castelo Branco  
Enfermeiro Director

Dr. Carlos Almeida

Exm<sup>o</sup>. Sr. Enfermeiro Director  
Do Hospital Amato Lusitano  
Da ULS EPE de Castelo Branco

Eu, Maria de Jesus José Gil Fradique, enfermeira especialista a exercer funções no serviço de Pediatria/UCERN do hospital Amato Lusitano, venho por este meio solicitar a V. Exa. Autorização para aplicação de um questionário aos enfermeiros colaboradores, liderados, da ULS EPE.

O referido questionário, e o qual se anexa, destina-se à colheita de dados para a elaboração da minha dissertação de mestrado, cujo título "Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem: percepção dos enfermeiros colaboradores da ULS de Castelo Branco", inserido no âmbito do curso de Mestrado de Gestão de Unidades de saúde da Universidade da Beira Interior, no qual sou mestranda e o Professor Dr. Luis António Fonseca Mendes é o meu orientador.

Sem outro assunto, agradeço a atenção dispensada

Foi-me entregue  
10/8/11  
M. Jesus

A enfermeira

Maria de Jesus José Gil Fradique

-----  
*M. Jesus*

Professor orientador

Luis António Fonseca Mendes

-----  
*Luis António Fonseca Mendes*

Anexo 2

**Escala de "percepção de liderança em enfermagem"**

Solicitação de envio da escala, para utilização

Nome Maria de Fátima José Gil Frederico

Finalidade da utilização da escala

Aplicação da escala para a execução da tese de mestrado

Se se tratar de uma formação académica, especifique

Curso de Gestão de Unidades de Saúde

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Doutoramento em \_\_\_\_\_

Título do trabalho/ dissertação/tese Os efeitos de liderança na melhoria dos cuidados de saúde: impacto dos enfermeiros de urgência  
Escola/Universidade Universidade de Aveiro, Portugal

**Compromisso**

- Citar o artigo (Frederico, M. & Castilho, A. "Percepção de liderança em enfermagem - Validação de uma escala" Psychologica, 43, 2006, p. 259-270.)
- Colocar © na designação da escala.
- Enviar referência da produção científica realizada.

Data

5/6/11

Assinatura

Maria Frederico

Concordo em a utilizar  
Envio escala por  
email em 5/6/2011  
mfed

Pedido de Escala – Percepção de liderança  
Manuela Frederico-Ferreira, PhD

mfrederico@esenfc.pt

## ANEXO 3

### OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

#### LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

*Em relação ao seu superior hierárquico assinale com uma cruz a resposta que mais se adequa á sua opinião, numa escala de 1 (Nada) a 5 (Sempre)*

#### RECONHECIMENTO

- R1. Reconhece e apoia a decisão efectuada pelos seus enfermeiros quando confrontados por outros (superiores, médicos, ...)
- R2. Recompensa acções e comportamentos dos membros de equipa qua agem de acordo com a melhoria dos cuidados de enfermagem
- R3. Demonstra um reconhecimento especial quando alguém faz um bom trabalho

#### COMUNICAÇÃO

- C1. Não ouve com imparcialidade e atenção todos os membros da equipa **(R)**
- C2. Não possui perspicácia para identificar as necessidades da equipa **(R)**
- C3. Não tem sensibilidade para captar o que realmente está a ser dito **(R)**

#### DESENVOLVIMENTO

- D1. Identifica os componentes chave de um plano de acção que implemente estratégias
- D2. Identifica os projectos e actividades mais importantes e define propriedades
- D3. Identifica e aprova recursos necessários à realização de projectos e actividades na área da enfermagem

#### INOVAÇÃO

- I1. Desafia a pensar sobre novos caminhos para problemas já existentes
- I2. Não incentiva ideias inovadoras para a consecução da qualidade dos cuidados de enfermagem **(R)**

#### QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

*Em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem, indique por favor a sua percepção quanto aos seguintes itens, numa escala de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente)*

- Q1. Os enfermeiros são incentivados a apresentarem sugestões de melhoria respeitantes aos cuidados de enfermagem
- Q2. Os enfermeiros são incentivados a fazer formação em serviço
- Q3. O trabalho de equipa é incentivado

- Q4. Existe uniformização nos procedimentos facilitadores na melhoria da qualidade prática dos cuidados
- Q5. São efectuadas auditorias aos registos de enfermagem por elementos do serviço com vista à melhoria da qualidade dos registos
- Q6. Existe envolvimento com o utente de modo a desenvolver cuidados para que a adaptação exterior ao meio hospitalar seja a melhor

(R) Itens revertidos