

**“A influência da eficácia da liderança
percebida no desempenho da equipa de
enfermagem em contextos hospitalares”**

Andreia Inês Fernandes Pacheco

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2^o ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Luís António Fonseca Mendes

dezembro de 2021

Dedicatória

Ao meu Paulo César.

Agradecimentos

Gratidão.

Quero manifestar o meu agradecimento a várias pessoas sem as quais não teria sido possível a materialização deste trabalho. Especialmente ao Sr. Orientador Professor Doutor Luís Mendes, pela colaboração e receptividade, pela partilha de conhecimentos e pela adequação das suas análises e observações.

Ao Concelho de Administração da Unidade Local de Saúde da Guarda e do Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira, pela autorização para a aplicação do questionário.

A todos os enfermeiros, que apesar das circunstâncias do momento, a luta contra o SARS-COV 2 aceitaram colaborar nesta investigação, disponibilizando o seu tempo para responder ao questionário.

Resumo

Esta investigação estuda a influência da eficácia da liderança percebida no desempenho da equipa de enfermagem, em contextos hospitalares de Portugal, assim como o papel desempenhado pela partilha do conhecimento e pela eficácia das equipas nessa relação.

A investigação segue uma abordagem quantitativa, num estudo descritivo, correlacional e transversal. A amostra é constituída por 139 respostas de enfermeiros que exercem funções em 2 unidades hospitalares Portuguesas: Unidade Local de Saúde da Guarda- Hospital Sousa Martins, E.P.E. e Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira. Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário desenvolvido para o efeito e organizado em 2 partes: i) variáveis sociodemográficas e ii) escalas de medição do tipo likert destinadas a avaliar a eficácia da liderança percebida pelos enfermeiros subordinados, o desempenho da equipa, a eficácia da equipa e a partilha de conhecimento.

Os resultados mostram que o modelo proposto se ajusta bem aos dados recolhidos, permitindo assim confirmar que a partilha de conhecimento tem um efeito mediador parcial na influência da eficácia da liderança na eficácia das equipas de enfermagem e que em conjunto, a partilha de conhecimento e a eficácia das equipas de enfermagem têm um efeito indireto mediador na influência da eficácia da liderança no desempenho das equipas de enfermagem. O efeito indireto pode ser considerado como mediação total, visto que o modelo mostra a ausência de influência significativa da eficácia da liderança no desempenho das equipas de enfermagem. Esta investigação, permite assim realçar que a eficácia da liderança é parte essencial da gestão, pois influência de forma indireta o desempenho das equipas de trabalho.

Palavras-chave

Liderança;equipa de trabalho;enfermagem;eficácia;desempenho;partilha de conhecimento

Abstract

The present study deals with the influence of the perceived leadership effectiveness on the performance of nursing teams, in Portuguese hospitals' contexts, as well as the role played by knowledge sharing and teams' effectiveness in this relationship.

The research follows a quantitative approach, through a descriptive, correlational and transversal study. The sample includes 139 responses from nurses who work in 2 Portuguese hospitals: Unidade Local de Saúde da Guarda - Hospital Sousa Martins, E.P.E. and Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira. Data were collected through the application of a questionnaire developed for the purpose and organized into 2 sections: i) sociodemographic variables and ii) likert-type measurement scales designed to assess the effectiveness of leadership perceived by subordinate nurses, teams' performance, teams' effectiveness and knowledge sharing.

Results show that the proposed model fits well with the data collected, thus confirming that knowledge sharing has a partial mediating effect on the influence of leadership effectiveness on the effectiveness of nursing teams and that, together, knowledge sharing and the effectiveness of nursing teams has an indirect mediating effect on the influence of leadership effectiveness on the performance of nursing teams. The indirect effect can be considered as total mediation, because the model shows the absence of a significant influence of leadership effectiveness on nursing teams' performance. This research, thus, allows us to highlight that leadership effectiveness is a critical issue in management, because it indirectly influences the performance of work teams.

Keywords

Leadership; Teamwork; nursing; effectiveness; performance; knowledge sharing

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico e desenvolvimento das hipóteses	4
2.1. Desempenho e eficácia das equipas de trabalho nas unidades de saúde	4
2.2. Modelos na investigação do desempenho e eficácia das equipas	8
2.3. Desempenho em Equipas de Enfermagem	9
2.4. Liderança.....	12
2.4.1. Abordagens da liderança	14
2.4.2. A Nova liderança	16
2.4.3. Avaliação da existência de comportamentos transformacionais na liderança	22
2.5. Relação entre eficácia da liderança, eficácia da equipa, desempenho da equipa e partilha de conhecimento	24
3. Procedimentos metodológicos.....	31
3.1. Amostragem e recolha de dados.....	32
3.2. Procedimentos éticos	34
3.3. Operacionalização e medida das variáveis.....	34
3.4. Tratamento dos dados.....	37
4. Resultados.....	37
4.1. Perfil da amostra	38
4.2. Pressupostos dos métodos de análise	39
4.3. Validação do modelo de medida	41
4.4. Validação do modelo estrutural	43
5. Discussão dos resultados	47
6. Conclusões, limitações e sugestões para futuras investigações.....	51
6.1. Conclusões.....	51
6.2. Limitações e sugestões para futuras investigações	52
7. Bibliografia.....	55
Anexos.....	67
Apêndice	71

Lista de Figuras

Figura 1- Abordagens clássicas no estudo da liderança	14
Figura 2- Modelo de <i>Full Range Leadership</i>	19
Figura 3- Modelo Conceptual	31
Figura 4- Modelo da Análise Fatorial Confirmatória	41
Figura 5- Modelo estrutural com coeficientes padronizados	45

Lista de Tabelas

Tabela 1- Média, Desvio padrão e Alfa de Cronbach	36
Tabela 2- Correlações entre as variáveis latentes	37
Tabela 3- Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra	38
Tabela 4- Estatísticas relativas à idade	39
Tabela 5- Estatísticas relativas ao tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional no atual serviço	39
Tabela 6- Indicadores de Qualidade (Loadings, Alfa de Cronbach VEM (AVE), Fiabilidade Composta (CR)	42
Tabela 7- Índices de ajustamento do modelo CFA	43
Tabela 8- Índices de ajustamento do modelo estrutural	44
Tabela 9- <i>Outputs</i> da aplicação do método bootstrap de reamostragem	46

Lista de quadros

Quadro 1- Aspetos que o líder influencia na direção de um grupo	13
Quadro 2- Propensões no estudo da liderança	16
Quadro 3- Diferentes tipos de abordagem à liderança segundo o modelo <i>Full Range Leadership</i>	18

Lista de Acrónimos

AEE	Análise de Equações Estruturais
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AMOS	Analysis of Moments Structures
CFA	Análise fatorial confirmatória
CFI	Comparative Fit Index
CHUCB	Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira
CMIN	Valor mínimo de discrepância (valor do qui-quadrado)
CR	Fiabilidade Composta
DF	Graus de Liberdade
FRL	<i>Full Range Leadership</i>
GFI	Goodness of Fit Index
GPE-A	Gestão pela Exceção-Ativa
GPE-P	Gestão pela Exceção-Passiva
GTL	Global Transformacional Leadership
IBM	<i>International Business Machines.</i>
IMOI	Input-Mediator-Output-Input
I-P-O	Input-Process-Output
Ku	Curtose
LF	Laissez-faire
LPI	Leadership Practices Inventory
MLQ	Multifactor Leadership Questionnaire
PCFI	Parsimony Comparative Fit Index
R	Coefficiente de correlação de Pearson
RC	Reforço Contingente
RMSEA	<i>Root Mean Square Residual Error Approximation</i>
Sk	Medidas de assimetria
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
T	Valor de tolerância
TEAM	<i>Team Emergency Assessment Measure</i>
TLQ	<i>Transformational Leadership Questionnaire</i>
TWS	<i>Teamwork Survey</i>
U.L.S	Unidade Local de Saúde
VIF	Variance inflator factor
VME	Variância média extraída

Abreviaturas

cf.	Confira
e.g.	por exemplo

1. Introdução

A globalização dos mercados desencadeou competitividade no meio das organizações, levando a várias modificações no ambiente organizacional. (Dias, 2003). Este facto leva a uma necessidade de reestruturação interna das organizações, passando por reformular os modelos existentes para, de certa forma, responder adequadamente ao ambiente competitivo das organizações na atualidade. Essas mudanças geraram novos paradigmas organizacionais, levando a rupturas e mudanças na filosofia de gestão (Dias, 2003).

Nas últimas quatro décadas, o desempenho das equipas de trabalho nas organizações converteu-se no elemento fulcral do exercício das organizações, estando presentes nos mais variados contextos e assegurando elevados níveis de desempenho, qualidade e competitividade organizacional. Já Levit em 1975 foi um visionário ao se referir ao grupo de trabalho como a unidade básica nas organizações, por ser a única capaz de objetar aos reptos colocados às condutas de gestão (Rico, Hera & Tabernerero, 2010). Trabalhar em equipa é ir mais longe que as capacidades de cada um dos integrantes dessa equipa (Cooke, Gorman, Myers & Duran, 2013).

Sempre que abordamos a *performance* da equipa, é basilar depreender que o êxito não se prende apenas com a relação das aptidões e capacidades dos seus integrantes e com os meios disponíveis à mesma, mas também com processos dedicados à equipa para a concretização e finalização do exercício. No sentido de conseguir um bom desempenho, os membros devem integrar o seu desempenho, sendo que cada membro tem o seu papel distinto e o desempenho de qualquer papel contribui então para o triunfo coletivo (Zaccaro, Rittman & Marks, 2001). Sendo assim, os processos da equipa têm um efeito decisivo na eficácia da própria, logo muitas vezes, é necessário mediar a influência da liderança na eficácia da equipa (Zaccaro *et al.*, 2001).

A liderança é um processo de influência, relativo à capacidade que o líder tem em relação à sua equipa, no sentido de atingir os seus objetivos (Robbins, 1994). Um líder é alguém pertencente a um grupo de trabalho que influencia a direção do comportamento dos outros de maneira decisiva. Desta forma, os líderes têm mais influência nos elementos do grupo do que os elementos de um grupo na conduta do líder (Bennis, 2009). A pessoa líder necessita definir as suas condutas, atitudes e valores, pois serve como um modelo a ser adotado no seu ambiente organizacional.

Um dos aspetos mais relevantes em empresas de êxito é a repercussão da liderança nos seus subordinados (Bennis, 2009). A liderança pode ser vista na organização na forma como um

líder expressa e incorpora os ideais aos quais a organização se dedica (Bennis, 2009). È nos líderes que se centra a responsabilidade pela melhoria do desempenho, fortalecendo, executando e controlando o comando do seu serviço.

Alguns estudos têm abordado o impacto dos estilos de liderança sobre os resultados e o desempenho organizacional (e.g. Kahai, Sosikb & Avolio, 1997; Sorenson, 2000; Waldman, Ramirez, House & Puranam, 2001; Vera & Crossan, 2004). No entanto é de realçar a escassez de investigações em contexto de serviços hospitalares e a escassez de estudos em língua portuguesa.

Assim, esta investigação estuda a influência da eficácia da liderança percebida no desempenho da equipa de enfermagem em contextos hospitalares, assim como o papel desempenhado pela partilha do conhecimento e pela eficácia das equipas nessa relação, considerando que o líder influencia o desempenho da equipa de enfermagem, coletivamente ou individualmente, tendo como propósito o fornecimento de cuidados de qualidade para a compensação dos seus utentes e fundamentado numa boa gestão de recursos materiais e humanos, regendo-se sempre pelos deveres éticos e pelo código deontológico da profissão.

Mais especificamente, o estudo procura alcançar os seguintes objetivos:

- Avaliar a influência da eficácia da liderança no desempenho das equipas de enfermagem
- Avaliar a influência da eficácia da liderança na eficácia das equipas de enfermagem.
- Avaliar a influência da eficácia da liderança na partilha de conhecimento.
- Avaliar a influência da partilha de conhecimento na eficácia das equipas de enfermagem.
- Avaliar a influência da eficácia das equipas no desempenho das equipas de enfermagem.

Para realizar este estudo acerca da influência da eficácia da liderança percebida no desempenho da equipa de enfermagem em contextos hospitalares, procedeu-se à recolha de dados junto de profissionais de saúde, enfermeiros, de vários sectores de dois hospitais públicos Portugueses. Os dados recolhidos permitiram testar o modelo de investigação deste estudo através da aplicação da abordagem dos modelos de equações estruturais.

A concretização deste estudo é considerada adequada e pertinente, dado que a saúde representa uma fatia considerável do orçamento dedicado a despesas sociais e existe uma pressão constante a partir das modificações demográficas e constrangimentos fiscais que tendem a aumentar esta parcela, o que reflete vários desafios para futuro no que se refere a

políticas e reformas na saúde (Silva, 2012). É essencial que a racionalização de custos seja eficaz e que a eficiência da utilização de recursos seja garantida.

As instituições por seu turno exigem que os seus colaboradores aumentem a sua eficácia, entrando aqui o papel do líder que tem de direcionar a sua equipa para a obtenção dos objetivos definidos. (Silva, 2012). Este estudo é relevante para as organizações de saúde em geral, líderes e para os enfermeiros subordinados.

No que respeita às organizações de saúde, os resultados do estudo contribuem para que i) estas possam melhorar a eficácia das políticas de liderança e de gestão de serviços de saúde, por exemplo, com foco na preparação / desenvolvimento de futuros gestores líderes de serviços de saúde e na sustentabilidade das capacidades existentes, ii) para que o enfermeiro líder possa verificar o que os seus subordinados induzem do seu desempenho, verificando desta forma pontos positivos e menos positivos que poderão levar a possibilidades de aperfeiçoamento, iii) para que os enfermeiros subordinados possam transmitir ativamente e expor os seus conhecimentos para avaliar a eficácia dos seus líderes e iv) permite avaliar o desempenho, eficácia e partilha de conhecimentos da sua equipa podendo retirar daqui pontos positivos e menos positivos que poderão levar também a possibilidades de aperfeiçoamento, contribuindo no futuro, caso seja necessário, para um melhor desempenho da equipa de enfermagem.

De um modo geral esta investigação auxiliará no aumento do conhecimento científico no campo da gestão e especificamente para uma melhor perceção acerca da influência da liderança no desempenho das equipas de uma organização.

Indiretamente, podemos inferir que, em última instância, a sociedade em geral também pode beneficiar com esta investigação, pois se os resultados da mesma contribuírem, de alguma forma, com informações que permitam melhorar a gestão de equipas e assim levar a um melhor desempenho financeiro, que poderão resultar em melhor eficácia e eficiência dos serviços prestados por estas instituições.

Este estudo encontra-se dividido em sete partes, sendo que na primeira será desenvolvida uma introdução ao trabalho. No capítulo dois expõe-se a fundamentação teórica e procede-se ao desenvolvimento das hipóteses. Na terceira parte descrevem-se os procedimentos metodológicos que dizem respeito ao estudo empírico. O quarto capítulo apresenta os principais resultados obtidos e no quinto capítulo discutem-se os resultados. Seguidamente, o sexto capítulo sintetiza as principais conclusões da investigação efetuada assim como as implicações do estudo para a teoria e para a prática, apresentando ainda as principais

limitações do estudo, bem como algumas perspetivas e sugestões para investigações futuras dentro deste tema. Por último é exposta a bibliografia usada.

2. Enquadramento teórico e desenvolvimento das hipóteses

2.1. Desempenho e eficácia das equipas de trabalho nas unidades de saúde

Apesar de distintos estudos acerca das equipas e dos seus processos de formação começarem a surgir nas décadas de cinquenta e sessenta, só na década de oitenta é que as equipas encetaram a ocupação de um espaço importante nas organizações (Pinho, 2006).

Representando grupos de colaboradores que se percebem e são percebidos pelos não-membros, como constituindo um agregado social, identificável dentro de uma organização (Richter, Scully & West, 2005), as equipas existem para resolver um conjunto de problemas comuns, onde cada colaborador pode cooperar com o seu conhecimento e tem a capacidade de aumentar e apoiar as partilhas dos outros colaboradores. Os membros da equipa devem manter as suas funções especializadas, uma linha contínua de comunicação entre si, interações e responsabilidades (Richter *et al.*, 2005).

Vários autores fazem a distinção entre grupo e equipa, realçando que uma equipa não é um simples grupo, uma vez que os grupos subsistem imóveis e as equipas podem desenvolver-se e mudar para alcançar níveis de desempenho excelentes. Um grupo de trabalho é aquele que não sente falta de melhorar o seu desempenho coletivo. Uma verdadeira equipa é aquela que se encontra responsabilizada em atingir objetivos, levando desta forma obrigatoriamente a um aumento de desempenho (Teixeira, 2013). Podemos assim considerar uma equipa como “um grupo que compreende seus objetivos e está engajado em alcançá-los de forma compartilhada. A comunicação é verdadeira, opiniões divergentes são estimuladas. A confiança é grande, assumem-se riscos. As competências complementares dos membros possibilitam alcançar resultados; os objetivos compartilhados determinam seu propósito e direção. Respeito, mente aberta e cooperação são elevados” (Portal da Justiça, 2014:1).

As equipas de trabalho têm recebido especial atenção por parte de disciplinas como a psicologia social e organizacional uma vez que têm associado a si importantes benefícios para os membros dessas equipas, tais como promover uma configuração eficaz de partilha de ideias criativas, melhorar a comunicação interpessoal, melhorar o espírito de equipa, facilitando o planeamento da mesma e impulsionando o seu desempenho (O’Leary & Mortensen, 2010).

Compreende-se por desempenho, o comportamento de uma pessoa tendo por base as suas capacidades e características para obter um resultado positivo, podendo o conceito ser estendido às equipas e às organizações, mudando assim a unidade de análise do mesmo. (Fernandes, Fleury & Mills, 2006). Seja qual for a aplicação do termo desempenho, este está sempre associado a uma comparação com as metas e as expectativas definidas. Em qualquer dos casos, seja a análise do desempenho efetuada ao nível individual, da equipa ou da organização, verifica-se que o constructo desempenho não pode ser dissociado das metas, requisitos ou expectativas inicialmente definidas (Brandão & Guimarães, 2001).

Investigar o desempenho das equipas continua a ser um problema perene e importante para muitos investigadores e académicos, pois o desempenho das equipas é essencial para o desempenho das organizações, em contextos cada vez mais competitivos (Levy, Loebbecke & Powell, 2003).

O trabalho em equipa avoca um papel importante nas organizações, pois admite-se que a congregação de pessoas com diferentes habilidades e conhecimentos produzirá melhores resultados. Ou seja, acredita-se que várias pessoas a trabalhar para o mesmo objetivo podem alcançar maiores conquistas, que se transformam numa vantagem para o desempenho da organização. Assim, as organizações estão cada vez mais conscientes do valor das equipas de trabalho no seu desempenho, na resolução de problemas, na tomada de decisão e na produção de novos produtos e serviços (Cunha, Rego, Cunha e Cabral-Cardoso, 2007). Os mesmos autores sublinham ainda que as organizações não correspondem apenas a um somatório de indivíduos, mas que são compostas também por equipas de trabalho com motivação própria, regulando as suas formas de interagir, sentir e com capacidade para aumentar a produtividade e a satisfação dos seus membros. Além destas, outras vantagens são geralmente associadas ao desempenho das equipas nas organizações, como melhor coordenação, comunicação sobre o trabalho que estão a desenvolver, maiores ganhos sinérgicos, maior flexibilidade, maior suporte e cumprimento dos compromissos assumidos com a organização, melhor avaliação do *feedback* e maiores oportunidades de crescimento (Tappeen, 2005).

Por exemplo, quando surgem problemas novos para resolver, para os quais não existe definido um plano claro, o trabalho em equipa é dotado de uma diversidade de capacidades proveniente de cada um dos membros, confrontando os seus conhecimentos e experiências. As sugestões partilhadas no seio de uma equipa de trabalho são mais facilmente aceites desta forma (Cunha *et al.*, 2007).

Trabalhar em equipa não conduz só a vantagens; tem também implicações associadas a vários dilemas, particularmente se os objetivos são análogos, se a liderança é fraca, se a motivação é exígua, se há divergências, recursos reduzidos, pouco suporte e quando se trata de tarefas inexecutáveis (Tappeen, 2005). Quando a equipa trabalha bem, o resultado do grupo é melhor que a medida individual; quando o grupo tem uma verdadeira sinergia, os resultados superam o resultado individual.

No contexto da saúde, um bom desempenho de equipa requer espírito de equipa, o qual depende em grande parte do clima proporcionado pela organização (incluindo a liderança) e faz com que as pessoas se sintam no seu melhor, no seu ambiente de trabalho (Duluc, 2000). Estudos anteriores (e.g. Lee, Park, Kwon, Kim & Chang, 2020; Liwen, Ranran, Yuanyuan, Ying, Huihui, Na & Yonghao, 2020) demonstram que a relação entre a eficácia da equipa e o seu desempenho é mediada por várias variáveis entre elas a eficácia e comportamentos da liderança.

Sendo o desempenho comportamental, este distingue-se da produtividade ou eficiência, na medida em que a sua avaliação é sempre dotada de um grau de subjetividade por mais precisão matemática que haja nas comparações de metas ou expectativas, tornando difícil a sua medição objetiva e por conseguinte, a definição de comportamentos que permitam a maximização de resultados (Rotundo & Rotman, 2002).

Existem vários aspetos importantes a considerar na análise do desempenho, nomeadamente: o uso do desempenho como variável dependente, independente ou de controlo; a fonte dos dados para avaliação do desempenho (primários, secundários ou ambos); a operacionalização da análise do desempenho; o tipo de indicador ou indicadores a utilizar; a quantidade de medidas utilizadas (única ou diversas); o tipo de análise ou perspetiva temporal (um só momento ou diversos momentos) (Matitz & Bulgacov, 2011).

Uma das teorias mais importantes para explicar o desempenho de uma equipa é a denominada teoria social cognitiva de Bandura (Prussia & Kinicki, 1996). A teoria social cognitiva proporciona um *insight* sobre o comportamento das pessoas e o seu desempenho. Segundo esta teoria os elementos de uma equipa possuem um sistema organizacional que exerce controlo sobre os seus pensamentos, sentimentos e ações (Tsai, Lin, Chiu & Joe, 2009). Este sistema proporciona mecanismos de referência e um conjunto de subfunções de percepção, regulação e avalia o comportamento que resulta da interação entre a organização e os fatores ambientais (Pajares, 1997). A teoria social cognitiva tem sido largamente

utilizada em várias disciplinas e aplicada na prática, sendo estudada por vários investigadores no âmbito das equipas.

Neste contexto, a eficácia da equipa, que é um aspeto importante da teoria, foi relacionada com a dificuldade dos membros das equipas em atingir os objetivos definidos pela mesma, a satisfação no trabalho, o bem-estar psicológico, comportamentos de cidadania organizacionais, ou o desempenho da equipa (Joe & Lin, 2008).

O planeamento de equipa é a atividade em que a equipa concilia um curso de ação através do qual atinge um objetivo determinado. Neste processo intervêm mecanismos de autorregulação adotados pelos membros da equipa sendo este processo um importante factor mediador na relação eficácia de equipa-desempenho de equipa. Estes mediadores da relação são sugeridos já em estudos prévios e entre eles encontramos a liderança empoderadora (Chen, Ho & Chan, 2010), comportamentos de aprendizagem da equipa (van Emmerik, Jawahar, Schreurs & Cuyper, 2011), objetivos de equipa (Chen *et al.*, 2010), interdependência e nível de análise (Gully, Incalcaterra, Joshi & Beaubien, 2002).

A teoria social cognitiva explica o funcionamento da equipa através dos fatores ambientais (que cingem a equipa) e os seus comportamentos, como determinantes interativos do comportamento e resultado da mesma. Assim, mesmo em condições desajustadas, as equipas eficazes empenham-se para obter um grau de desempenho elevado. O seu nível de desempenho faz com que concebam novas regras de atuação e intervenção, aperfeiçoando o desenvolvimento e ordem na equipa (Zaccaro *et al.*, 2001).

Como realçam Marques-Quinteiro, Ramos-Villagrasa, Passos e Curral (2015), a soma do desempenho individual de cada membro da equipa é o ajuste de uma variedade de recursos importantes, particularmente as suas aptidões, saberes, mestrias e atitudes, que são canalizados para um desempenho adaptativo do grupo.

Os membros da equipa de trabalho devem expressar com êxito as suas atitudes pessoais, delimitando os papéis que conduzem a um desempenho que leve ao sucesso da equipa. É relevante reconhecer que os erros que podem ocorrer na equipa incluem não só a inaptidão dos seus membros, mas também a carência de habilidades organizacionais e a escassez de coordenação nas contribuições individuais de forma coletiva. Neste contexto, Hackman e Katz (2010) realçam determinados aspetos, tais como: trabalhar em grupo, aprimorar as habilidades do grupo e proporcionar bem-estar aos membros do grupo.

2.2. Modelos na investigação do desempenho e eficácia das equipas

As investigações acerca do desempenho e da eficácia da equipa centram-se fundamentalmente em três modelos: Input-Process-Output (I-P-O), Input-Mediator-Output-Input (IMOI) e o modelo de eficácia multinível (Vicente, Rodrigues e D'Oliveira, 2014).

Modelo *Input- Process-Output (I-P-O)*

McGrath (1984) e Hackman (1987) sustentaram fortemente este modelo. Dependendo da estrutura de cada equipa em termos da sua composição e das características individuais de cada membro que a compõem, variam assim os processos de interações, refletindo condutas, afetos, capacidades e estados. Tais características moldam a estruturação base da equipa. McGrath (1984) menciona três padrões derivados da interação entre os membros da equipa: padrões de desempenho da tarefa, de comunicação e de relações interpessoais. Os *outputs* do grupo são então modulados pelos *inputs* através da influência destes nas interações dos membros da equipa (Hackman, 1987) que se designa por “processo de influência”, com vista à melhoria da resposta do grupo e a um ajustamento ante uma determinada situação.

Hackman (1987) defende uma abordagem de aplicação deste modelo sobre três configurações de eficácia grupal nomeadamente: arquitetura do grupo, o suporte contextual que a organização oferece à equipa e as sinergias concebidas em equipa para incrementar o número de equipas com elevados níveis de eficácia. A aplicação deste modelo fica restrita à disposição em perspetiva organizacional, com a participação de equipas reais que e cujos colaboradores desempenhem diferentes tarefas dentro de um mesmo contexto.

Modelo *Input-Mediator-Output-Input (IMOI)*

Foram reconhecidas limitações ao modelo anterior, centradas na sua elaboração simples, imóvel (não sendo considerados aspetos temporais) e de um só período. Ilgen, Hollenbeck, Johnson e Jundt (2005) sugeriram a aplicação do modelo IMOI. Transversalmente a este modelo é possível analisar qualquer manifestação das variáveis intermediárias subentendidas no método pertencente ao desempenho e eficácia da equipa, considerando os resultados alcançados através desta. Segundo este modelo qualquer equipa é objeto constante de influências periódicas, pois os fatores de entrada ou *inputs* não representam apenas uma ligação clara e causal, fazendo parte de um *feedback* cíclico e constante.

Modelo de Eficácia Multinível

O desempenho tem uma concepção estreitamente relacionada com a eficácia. O desempenho de uma equipa é visto como um sistema multinível, que é o resultado da combinação de

processos relacionados com o trabalho em equipa e o resultado do compromisso dos membros da equipa com o trabalho imprescindível (Salas, Cooke e Rosen, 2008). Desta forma, um processo multinível satisfaz todos os meios e métodos usados para atingir a meta, ao invés da expressão da própria meta (o resultado obtido).

Este modelo espelha o estudo de equipa, considerando várias mudanças na estrutura, conhecimentos, gestão e promoção dos membros, com o objetivo de agrupar as ferramentas necessárias, como cooperação e coordenação, para esclarecer e responder a essas necessidades (Salas *et al.*, 2008).

Salas *et al.* (2008) aludem que, pelo fato de os conceitos de eficácia e desempenho da equipa estarem profundamente relacionados, a adjunção entre atitudes, conhecimentos ou comportamentos individuais motivará fortemente os indivíduos da equipa, permitindo todas as dinâmicas e ações coletivas relacionadas com o desempenho. Portanto, os conhecimentos de cada indivíduo orientam a equipa para estabelecer a sua própria estrutura, que pode definir uma cadeia de pensamentos compartilhados (modelos mentais partilhados) e trocar informações para originar e promover a melhoria contínua de desempenho em várias repartições de trabalho, como a da saúde (Salas *et al.*, 2008).

2.3. Desempenho em Equipas de Enfermagem

Na progressão evolutiva dos cuidados de saúde em termos de complexidade e custos incrementa-se a necessidade de usar os recursos tecnológicos e humanos de forma mais eficiente. Na parte relativa aos recursos humanos surgem as equipas de saúde cuja atuação é omnipresente na procura de cuidados eficientes e de qualidade aos pacientes. A pesquisa sobre o trabalho de equipa evoluiu desde estudos psicossociais de laboratório nos anos 40, para pesquisas mais pragmáticas e interdisciplinares, qualitativas, para avaliação do desempenho da equipa (Cummings, 1978). Para uma equipa ser efetiva há necessidade de, quer os membros constituintes, quer as estruturas externas estarem alinhados com a estrutura interna e processos. Mas as definições de desempenho variam muitas vezes com as prioridades políticas, de pacientes ou de *stakeholders*, sendo a efetividade um conceito empírico e político onde se privilegiam determinados *outcomes* em detrimento de outros, conforme o contexto (Mickan & Rodger, 2005).

A Enfermagem organiza o seu exercício, segundo uma pertinente capacidade de intervenção e de colaboração, fazendo uso de todos os seus conhecimentos e habilidades, esforçando-se para dar resposta às necessidades de cada indivíduo particularmente e da sociedade em geral,

em matéria de saúde. Nas instituições hospitalares, o trabalho dos enfermeiros desenvolve-se, por equipas de dez, vinte, trinta ou mais profissionais, em serviços, organizados segundo as diversas áreas/ especialidades médicas.

Atualmente, às equipas de enfermagem é exigida capacidade de adaptação e de inovação ante um ambiente em constante mudança e não somente uma simples regulação do trabalho, daí a importância da deriva da pesquisa para uma focagem nos aspectos de aprendizagem em equipa como modo de aumentar o desempenho. A aprendizagem em equipa integra os processos de interação social entre membros para aumentar o conhecimento partilhado sendo os elementos da equipa, peças individuais mutuamente dependentes no atingimento de um objectivo comum. As equipas aprendem através de atividades, discussão de erros e análise de resultados e são os factores contextuais e individuais que regem a prevalência destas atividades de aprendizagem. Da análise destes fatores e da sua influência como um determinado contexto influencia a maneira como se criam *outcomes*, surgem os modelos de input-processo-output (Timmermans, Linge, Petegem & Denekens, 2012).

Uma das inquietações da investigação atualmente é tentar perceber quais os motivos que levam à existência de equipas mais eficazes. Anteriormente, os trabalhos acerca do desempenho das equipas focavam-se nas variáveis que conduziam à eficácia do trabalho das equipas (Ilgen *et al.*, 2005). A necessidade de adaptação às circunstâncias sociais e económicas vigentes levou ao longo dos anos a diferentes abordagens à dinâmica do desempenho das equipas. Esta realidade transformou as consciências no sentido de despertarem para a existência de diversos caminhos ao longo do curso da realização de uma tarefa.

Na investigação desenvolvida por Passos (2005) foram encontrados quatro caminhos diferenciados de desempenho das equipas. Equipas com desempenho bom (equipas com elevado nível de desempenho ao longo da investigação); equipas com desempenho mau (equipas com um menor nível de desempenho durante a investigação); desempenho sempre a piorar (equipas com uma diminuição de desempenho durante a investigação) e desempenho sempre a melhorar (equipas com melhoria de desempenho ao longo da investigação). Uma equipa que apresentou um desempenho pobre numa tarefa, possivelmente continuará com um desempenho pobre na próxima tarefa. No entanto, esta relação não é sempre simples, pois sabemos que poderão existir equipas que começam com um mau nível de desempenho e ao longo do tempo o seu desempenho começa a melhorar, ou inversamente.

Quem contribuiu também para o estudo do desempenho das equipas foram Mathieu e Rapp (2009), ao investigarem a influência do planeamento de atividades com qualidade e de estratégias, no desempenho das equipas através da tomada de decisões. O exercício inclui oito decisões por meio de um *Business Strategy Game* (exercício /jogo onde membros de uma equipa simulam gerir empresas com tomada de decisões, competindo entre eles através da simulação de situações reais de empresas no terreno). Os investigadores concluíram que elevados níveis de qualidade no planeamento das atividades e estratégias de desempenho conduzem sempre a elevados níveis de desempenho. As equipas que desenvolveram níveis altos de planeamento ou níveis altos de estratégias demonstravam desempenhos menos eficazes, quando comparadas com as equipas que mostravam níveis de planeamento e estratégias de desempenho com elevados níveis de qualidade, em simultâneo.

Os investigadores observaram ainda que, as equipas com uma elevada qualidade no planeamento das tarefas mesmo que apresentassem uma baixa qualidade nas estratégias definidas de desempenho, alcançavam níveis de desempenho igualmente constantes ao longo do jogo. Mathieu e Rapp (2009) concluem também que as equipas com alta qualidade no planeamento das tarefas são capazes de mobilizar, organizar os seus esforços para a implementação de estratégias, para alcançar os objetivos a que se propuseram. No entanto a ciência carece de um maior número de estudos que analisem o desempenho das equipas ao longo do tempo pois estes têm sido mais voltados para o desempenho individual.

Várias escalas têm sido usadas nos diferentes contextos com o propósito de avaliar o desempenho das equipas. Entre estas, a *Team Emergency Assessment Measure* (TEAM) foi desenvolvida com o objetivo de se criar um instrumento válido e confiável para a avaliação do desempenho das equipas de reanimação. Esta escala consiste numa ferramenta de observação, não técnica. A TEAM permite a avaliação de desempenho da equipa de reanimação e o *feedback* da sua atuação demonstra o impacto do desempenho da equipa ao nível da segurança do doente (Cooper, Cant, Porter, Sellick, Somers, Kinsman & Nestel 2010). A *Teamwork Survey* (TWS) é outro exemplo de escala para avaliar o desempenho do trabalho de equipa. Esta escala é usada em equipas de gestão e é de autopreenchimento. A TWS é um instrumento multifacetado e confiável que pode ser usado em equipas de gestão das diversas organizações, não se tratando apenas de uma ferramenta de medição, mas também um instrumento com potencial de diagnóstico, pois pode ser usada para ajudar os membros da equipa e os gestores a compreenderem mais detalhadamente como a equipa pode melhorar em termos de desempenho, para alcançar um elevado desempenho da equipa (Senior & Swailes, 2007). A *Team Performance* de Joe, Tsai, Lin e Liu (2014), adaptada do estudo de Lin (2010), é outra das escalas realçadas na literatura. Esta escala foi concebida a

partir de escalas pré-validadas em investigações anteriores e adaptada ao contexto das equipas de empresas de alta tecnologia atendendo os contextos de formação de equipas virtuais. Cada item da escala foi estudado por um grupo de trabalho (constituído por um professor e quatro alunos da pós-graduação na área do comportamento organizacional). Antes da sua aplicação, foram realizados dois estudos-piloto, com o objetivo de avaliar a qualidade dos itens da escala e melhorar a sua compreensibilidade. Alguns itens desajustados foram reformulados, assim como os que no teste piloto apresentaram cargas fatoriais baixas.

2.4. Liderança

Nos últimos cem anos, o conceito de liderança tem assumido um papel importante no que se refere a estudos de fenómenos sociais e dos comportamentos humanos. A liderança destaca-se como um tema relevante na área da gestão, uma vez que, através de vários estudos, se conseguiu comprovar a importância desta variável no desempenho de uma equipa/organização (Wu, 2009). Uma vez que existem muitas teorias e paradigmas de liderança, a análise desenvolvida nesta secção deste trabalho de investigação cinge-se aos modelos com maior notabilidade nos últimos tempos no que se refere ao tema da liderança organizacional.

Como consequência das várias visões e interpretações escolhidas pelos cientistas, deparamo-nos com um enorme número de definições do conceito de liderança. Bass (1990) refere que existem tantas definições do conceito liderança como o número de pessoas que o definiram e, por isso, destacar uma definição que reúna consenso e que seja exemplo a ser seguido, não tem sido exequível (Cunha, Rego, Cunha & Cabral-Cardoso, 2003).

Não obstante a diversidade de definições encontradas, o líder pode ser considerado como um sujeito com a capacidade de influenciar indivíduos ou grupos a alcançar alvos comuns em situações específicas (Hersey e Blanchard, 1996), afastando assim ideias como poder, comportamento político, domínio ou influência social. A influência de um líder em relação aos seus subordinados é superior à exercida por estes sobre a conduta do líder (Dimas, Alves, Lourenço e Rebelo, 2016). Segundo Hersey e Blanchard (1996), um líder influencia o rumo de um grupo em quatro dimensões diferentes, sintetizadas no Quadro 1.

Quadro 1- Aspetos que o líder influencia na direção de um grupo

<i>Dimensão</i>	<i>Como?</i>
Na estruturação da Situação	Identificando para onde o grupo vai e o que fazer.
No controlo do comportamento do grupo	Criando e revigorando as regras adequadas.
Na representação do grupo	Procedendo como porta-voz, manifestando os sentimentos e decisões do grupo interna e externamente.
No seguimento dos objetivos e no progresso do potencial do grupo	Deslocando e constituindo os recursos e as deliberações do grupo.

Fonte: Adaptado de Hersey e Blanchard (1996).

Na área das ciências organizacionais o conceito de liderança tem despertado bastante atenção; uma das principais questões às quais se procura responder é a seguinte: “o que torna o líder eficaz?”. Se anteriormente se pensava que a eficácia de um líder se encontrava nas suas características e comportamentos, atualmente o contexto em que o líder atua é valorizado, assim como se admite que ninguém pode ser um bom líder se não estiver rodeado de grandes colaboradores (Luthans, 2011; Bennis, 1999).

Neste sentido Barry Posner (1987) afirma: “No passado, a gestão acreditava que o líder deveria ser como um capitão de um navio: tranquilo, calmo e reservado. Atualmente pensamos que o líder deve ser humano. Os líderes têm que estar em contacto, ser empáticos, estar com as pessoas. Precisam fazer parte do que está a acontecer e não estar à parte dos acontecimentos” (citado em Bisoux, 2002, p.26).

O papel de um líder na atualidade é complexo, ainda mais na área da saúde, uma vez que este tem de se adaptar às reformas constantes existentes, influenciando o exercício profissional em equipa, a nível da prestação de serviços e não só. Os reflexos a nível da gestão são evidentes, uma vez que o papel do líder nas organizações de saúde é também particular, pela dificuldade em avaliar a qualidade dos serviços e pela autonomia de que dispõem estes profissionais (Reis, 2007).

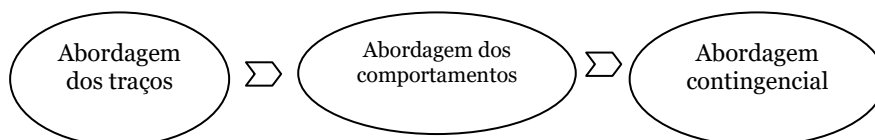
É o líder que tem em seu poder a responsabilidade de decidir, planear, delegar, manter a coesão na equipa (Balsanelli, Cunha, Whiataker, 2009; Whebe e Galvão, 2005; Siqueira, 2002; Fernandes e Pereira, 2018). A forma como os serviços são prestados é inerente à influência que o líder tem sobre os subordinados (Lourenço e Trevizan, 2001). Uma liderança estratégica é fundamental para se manter a vantagem competitiva, produtividade e rentabilidade, mesmo na área da saúde (Lussier e Achua, 2007).

Da pluralidade de estudos direcionados à temática da liderança brotaram diversas teorias, direções e arquétipos. Daqui podemos depreender a dificuldade encontrada em dilucidar o conceito de liderança.

2.4.1. Abordagens da liderança

Para conceptualizar a liderança, são admitidos três paradigmas essenciais (apesar da sua diversidade): o primeiro recai na abordagem dos traços da personalidade do líder, o segundo centrou-se nos comportamentos observados do líder no exercício da liderança, e o terceiro diz respeito à abordagem situacional/contingencial que regulam a eficácia da liderança, (figura 1).

Figura 1 - Abordagens clássicas no estudo da liderança



Fonte: Adaptado de Dimas *et al.*, (2016).

No primeiro paradigma achava-se fundamental determinar e definir quais os traços de personalidade que deveriam dotar um líder. A abordagem dos traços fundamenta-se nas premissas de que ser líder é algo inato; já nasce connosco a capacidade e um conjunto de qualidades reconhecidas para liderar. Os estudos sobre liderança, nesta primeira fase, focaram-se na procura de características físicas, intelectuais e sociais que seriam refletoras da eficácia da pessoa líder. Os estudos demonstraram que não existia um traço ou vários traços de personalidade que estivessem presentes em todos os líderes. Sendo a base da teoria dos traços limitadora esta é colocada em causa; no entanto sabe-se que as particularidades da personalidade de um líder são aspetos a valorizar, não devendo ser descurados das abordagens da liderança, mas sim integradas nestas (Lourenço, 1993).

Numa segunda fase, a análise da liderança centrou-se nos comportamentos observados do líder. Desta forma, com a abordagem dos comportamentos, deixou de se dar atenção ao que o líder é, em primazia do que o líder faz no exercício das suas funções (Dimas *et al.*, 2016). Kurt Lewin em 1938 desenvolveu vários estudos que tiveram como objetivo investigar diferentes estilos de liderança e analisar o seu impacto nos resultados verificados nos grupos e organizações. A partir desses estudos, foram distinguidas duas categorias principais, que caracterizam a liderança: a orientação para as tarefas e a orientação para as relações. A

primeira refere-se à extensão em que os líderes definem e organizam o seu próprio trabalho e o dos seus colaboradores, tendo em vista alcançar os objetivos, enquanto que a segunda diz respeito à extensão em que os líderes se preocupam com o bem-estar dos liderados, desenvolvendo relações amigáveis com base na confiança, apoio e respeito mútuo (Calheiros, 2015). Os estudos desenvolvidos no contexto desta abordagem revelaram que a eficácia da liderança poderá estar relacionada com o estilo adotado (que traduz uma maior ou menor orientação para as tarefas e/ou para as relações) mas que expressa reações diferentes no mesmo grupo de indivíduos ou em grupos análogos (Tolfo, 2000). Portanto, não deram uma resposta definitiva sobre o que torna um líder eficaz.

Depois das inconstâncias identificadas nas teorias anteriores, do final dos anos sessenta até ao início dos anos oitenta, surge a abordagem situacional ou contingencial da liderança com o intuito de adicionar um novo aspeto ao estudo da liderança, com a premissa de que para atingir a eficácia, cada situação exige um tipo de liderança diferente e adequado ao contexto. O terceiro paradigma evidencia assim uma perspetiva mais contingencial ou situacional onde se deseja afinar as influências do meio e do contexto que podem regular os efeitos da liderança; a certeza dos líderes universais leva a uma visão contingente de que a eficácia da liderança depende do ambiente, e o mesmo líder pode ser muito eficaz em alguns casos e não em outros (Teixeira, 1998).

De entre as abordagens contingenciais, destaca-se o modelo de liderança de Hersey e Blanchard (Hersey & Blanchard, 1969) que se baseia no estilo de liderança a adotar tendo em conta os dados pessoais dos colaboradores assim como aspetos relevantes da sua maturidade profissional (experiência, habilidades), bem como os conhecimentos técnicos (que os levaram ao desempenho da atividade) e psicológica (autoconfiança, comprometimento, motivação e responsabilidades pela atividade) (Hersey & Blanchard, 1996). Vários autores (e.g. Fiedler, 1978; Teixeira, 1998; Cunha *et al.*, 2003) realçam que, à medida que a maturidade dos membros da equipa aumenta ou muda, a combinação entre tarefas e comportamento do relacionamento também deve ser ajustada. Portanto, perante colaboradores altamente maduros, os líderes devem reduzir tarefas e comportamentos de relacionamento e optar por delegar. O foco principal deste modelo está no relacionamento entre o líder e o colaborador e na capacidade que o líder tem em adaptar o seu comportamento às características dos liderados. Aqui, temos o único fator de contingência que pode determinar a diferença da eficácia obtida pelo estilo de liderança escolhido. (Cunha *et al.*, 2003).

Todavia, nos últimos anos têm surgido novas perspetivas que se coadunam com o carisma e a capacidade transformacional dos líderes no que respeita à relação que estabelecem com os seus liderados. O Quadro 2 mostra um resumo sobre as tendências dos estudos acerca da liderança ao longo do tempo.

Quadro 2 – Propensões no estudo da liderança

Época	Pensamento	Descrição
Até aos anos 40	Traços da personalidade	Ser líder é inato; já nasce conosco a capacidade e uma série de qualidades reconhecidas para liderar.
Finais dos anos 40 até aos anos 60	Comportamentos do líder	A liderança eficaz deve-se ao padrão de comportamento do líder.
Finais dos anos 60 até ao início dos anos 80	Abordagem situacional/contingencial	A eficácia da liderança é determinada pelo contexto.
A partir dos anos 80	Novas abordagens da liderança (liderança carismática, transformacional, transacional)	A liderança depende da visão do líder.

Fonte: Adaptado de Bryman, 1992.

2.4.2. A Nova liderança

As várias inconformidades no que se refere aos estudos dirigidos à liderança marcaram o início da década de oitenta. Surgiram muitas teorias para explicar a eficácia organizacional. No entanto não existiu consenso quanto aos resultados, nem dentro de cada teoria ou modelo nem nas numerosas abordagens que foram nascendo, o que revelou algum desnorte. Assim, foram surgindo novas propostas provenientes dos vários conceitos, nomeadamente no que diz respeito aos traços da personalidade. As pesquisas mais marcantes versaram sobre a análise das características mais presentes nos líderes eficazes e qual o seu exercício na efetivação de atitudes que conduzem ao sucesso da organização.

O envolvimento de todos os intervenientes da organização para se alcançar uma organização ideal foi vista como perspetiva futura. Nasceu desta forma o movimento conhecido como Nova Liderança onde se destaca a liderança carismática de House (1977), a liderança transformacional de Bass (1985) e Burns (1978), a teoria atribucional da liderança carismática de Conger e Kanungo (1987) e as teorias da liderança visionária Bennis e Nanus (1985).

Liderança transacional versus Liderança Transformacional

Embora atualmente ainda seja impossível encontrar uma tendência dominante na investigação sobre liderança, podemos denotar que as pesquisas procuram superar as limitações dos modelos iniciais, enfatizando as relações de liderança e concentrando-se em

conceitos mais amplos dos estilos de liderança. Esta mudança de paradigma levou a discussões no âmbito dos conceitos de liderança transaccional e liderança transformacional (Bass, 1985; Burns, 1978).

Os comportamentos de liderança transaccional têm como objetivo vigiar, controlar e motivar os colaboradores para atingir os objetivos (Sosik e Jung, 2010). A Liderança transaccional proporciona clareza nos diferentes papéis no trabalho dos seguidores, o que pode favorecer o seu desempenho (Hassan, 2013). Através da liderança transaccional, os colaboradores trabalham com os líderes em troca de reconhecimento, de recompensas e recursos ou para precaverem ações disciplinares (Bass, 1985). No que diz respeito à liderança transformacional, esta é o processo que afeta as atitudes e valores dos colaboradores e tem como alvo um compromisso com a organização, os seus objetivos e missão (Yukl, 1994). Portanto, unicamente a liderança transformacional poderá ser um agente de mudança social (Burns, 1978).

Esta teoria ajuda a compreender como um líder leva os seus colaboradores a empenharem-se para atingir metas desafiadoras e alcançarem objetivos além do que era inicialmente esperado (Yukl, 1999). Segundo Avolio e Bass (2004) a liderança transformacional pode definir-se como um estilo de liderança que transforma os seus colaboradores, alterando os seus ideais, valores e interesses, motivando-os para um desempenho melhor do que o inicialmente esperado. Os líderes transformacionais caracterizam-se por serem pró-ativos, por procurarem otimizar o desenvolvimento e a inovação individual, no grupo e na organização, não apenas para se alcançar o desempenho expectável, mas também ir mais além (Avolio & Bass, 2004). Portanto, esta abordagem implica que os colaboradores sobrepujem os seus interesses, melhorem a sua maturidade e nível ideológico, para alcançar o bem-estar do outro, da organização e da sociedade, tendo em conta a sua autorrealização e desenvolvimento pessoal (Bass, 1999).

De seguida, caracteriza-se a abordagem da liderança designada por *Full Range Leadership* (FRL), a qual sugere que os líderes se transformam, uma vez que exibem um repertório de comportamentos de liderança, variando de liderança passiva (e menos eficaz), a uma liderança ativa (e mais eficaz) (Sosik & Jung, 2010; Avolio, 2005). Os três principais constructos são o *laissez-faire* (LF) (a ausência de liderança), a liderança transaccional e a transformacional.

O Modelo *Full Range Leadership*

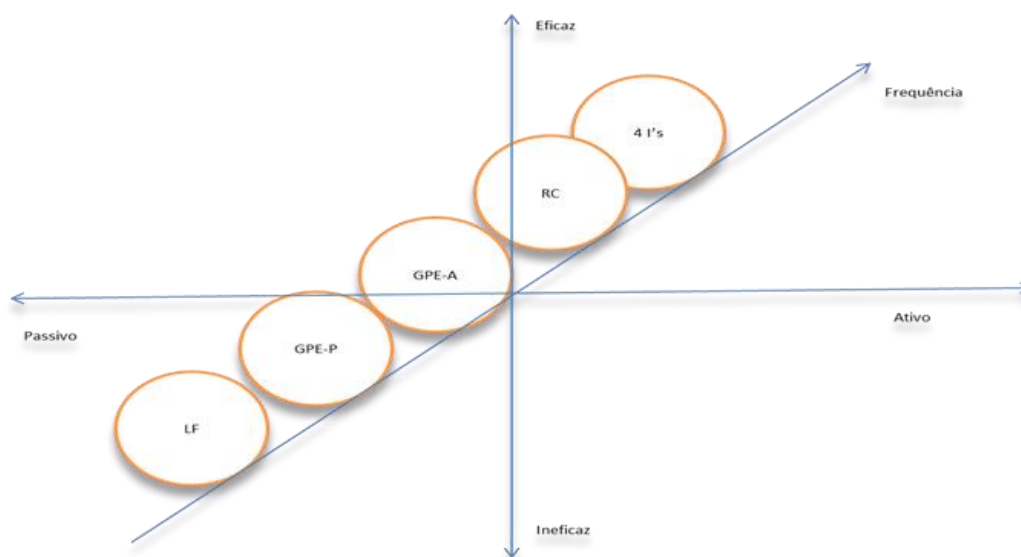
Tendo por base os estudos de Burns (1978) sobre liderança, Bass e Avolio (1994) desenvolveram um modelo de liderança, que se tornou uma das teorias mais utilizadas em investigação sobre a percepção de liderança dos colaboradores (Salter, Harris & McCormack, 2014). Além da suposição de Burns de que os líderes podem ser transformacionais ou transacionais, Bass e Avolio (1994) sugeriram que existe um terceiro estilo de liderança nas organizações, a chamada liderança passiva. O modelo traduz o comportamento do líder, de acordo com um contínuo, passando pela abordagem *LF* (passividade), até à liderança transformacional, caracterizada pela presença ativa do líder, traduzida num comportamento guiado por quatro componentes específicos da liderança transformacional, a saber: influência idealizada, motivação inspiradora, estimulação intelectual e consideração individualizada, os chamados 4 I's (Bass, Avolio, Jung & Bergson, 2003), descritos no quadro 3. Estas quatro características não permitem apenas a transformação dos líderes para corresponder às necessidades dos seus seguidores, mas permitem também facilitar o desenvolvimento da personalidade dos seus seguidores, permitindo, assim, que considerem as necessidades mais elevadas de si próprios e dos seus grupos (Bass *et al.*, 2003). Entre estas duas abordagens encontram-se diferentes tipos de abordagem transaccional como o Reforço Contingente (RC), a Gestão pela Exceção-Passiva (GPE-P) e a Gestão pela Exceção-Ativa (GPE-A). No quadro 3, faz-se também uma pequena descrição de cada um dos estilos mencionados (Bass & Riggio, 2006).

Quadro 3-Diferentes tipos de abordagem à liderança segundo o modelo *Full Range Leadership*

Abordagem	Caraterísticas
4 I's	<p>Influência idealizada - os líderes transformacionais lideram pelo bom exemplo de conduta ética e moral e motivam os seguidores a se identificarem com eles (Bass <i>et al.</i>, 2003; Bono e Judge, 2004).</p> <p>Motivação Inspiradora - os líderes transformacionais são líderes inspiradores promovem entusiasmo, otimismo e energia junto dos seus seguidores (Liu, Siu, e Shi, 2010).</p> <p>Estimulação Intelectual - Um líder estimulante intelectualmente inspira seguidores a desenvolver suas próprias estratégias inovadoras para desafiar métodos estabelecidos e padrões de melhoria (Bono & Judge, 2004).</p> <p>Consideração Individualizada - os líderes transformacionais estabelecem um clima de apoio e atuam como <i>coaches</i> ou mentores para ajudar os seguidores a elevar o seu nível de habilidades pessoais e o seu potencial (Stewart, 2006).</p>
Reforço contingente (RC)	Os líderes envolvem os colaboradores e buscam consenso sobre as tarefas a realizar e motiva-os a trocar recompensas e benefícios em relação às metas estabelecidas (Guhr, Lebek & Breitner, 2018).
Gestão pela exceção (GPE)	O líder estabelece ligação com os seguidores, com objetivo de adequar desvios ou colmatar falhas e erros, caracterizando-se por uma atenção às falhas e erros no seio das equipas, e podendo ser ativa (GPE-A) quando o líder atua preventivamente, evita ações negativas, erros ou falhas, ou podendo ser passiva (GPE-P) quando o líder espera passivamente desvios, erros ou falhas de desempenho para adotar ações corretivas (Guhr <i>et al.</i> , 2018)
Laissez-Faire (LF)	O líder evita tomar decisões, adia decisões e ignora as responsabilidades exclusivas do seu papel, não esclarecendo metas, objetivos ou expectativas aos seguidores (Bass <i>et al.</i> , 2003).

A figura 2 sintetiza o modelo, organizado em torno de 2 eixos: o primeiro refere-se aos níveis de eficácia de cada componente (à medida que o líder reforça os seus comportamentos, desde a gestão pela exceção ativa (GPE-A) passando pelo reforço contingente (RC) até às quatro áreas da liderança transformacional, os resultados obtidos pelos colaboradores vão melhorando progressivamente; o segundo eixo refere-se ao empenho do líder na realização de tarefas e no alcance dos objetivos, salientando-se líderes mais passivos e líderes mais ativos (Bass & Riggio, 2006).

Figura 2 - Modelo de *Full Range Leadership*



Fonte: Adaptado de Bass e Riggio, 2006.

Neste modelo, reconhece-se que existem vários estilos de liderança no mesmo líder; portanto, o perfil de liderança ideal caracteriza-se por uma aplicação pouco frequente do estilo LF, seguindo-se uma maior utilização dos estilos transacionais, e por fim, uma utilização dos estilos transformacionais que integram o grosso das ações. Logo, o líder mais eficaz é aquele onde domina a liderança transformacional, seguidos dos comportamentos de RC, da GPE-A e depois GPE-P e, em último lugar, o LF.

Contudo, como em todos os modelos anteriores, também o FRL tem sido objeto de algumas críticas devido a certas lacunas que apresenta. Estas críticas são apontadas principalmente à liderança transformacional, no sentido em que a sua definição carece de maior clareza, pois um dos questionários usados em vários estudos para avaliar os comportamentos do líder, o *Multifactor Leadership Questionnaire* (MLQ) (que iremos desenvolver no próximo ponto) define o constructo em relação aos seus efeitos sobre os seguidores (por exemplo, ser inspirado *versus* comportamentos de líder que causam inspiração), não sendo considerados os relacionamentos além das díades líder-seguidor (Yukl, 1999). O facto de não existir

nenhuma forma de distinguir os processos psicológicos que interferem entre os comportamentos de liderança transformacionais e os vários resultados aos quais se refere (por exemplo, satisfação do líder, desempenho do seguidor, etc.) representa outra limitação. Jensen, Andersen, Bro, Bøllingtoft, Eriksen, Holten & Westergård-Nielsen (2019) reforçaram muitos dos comentários de Yukl (1999) e expuseram outras inadequações, como a falha do FRL ao não considerar as condições do meio para os relacionamentos, a falha dos investigadores em desenvolver teorias para subdimensionar o FRL e o fator de confirmação de análise que não suportam a estrutura do MLQ (a análise fatorial tem como objetivo confirmar se as mesmas perguntas do questionário continuam a formar os mesmos constructos do estudo uma vez que, devido à tradução, as variáveis podem já não estar correlacionadas com as demais, podendo ir na direção contrária). Em parte, como resposta a essas preocupações, os investigadores desenvolveram novas teorias de liderança e estilos de liderança que são mais limitados no seu domínio conceptual como por exemplo as teorias da liderança ética, liderança do servo e liderança autêntica/positiva. A liderança ética foi definida por Brown, Treviño e Harrison (2005, p. 120) como: “A demonstração de conduta normativamente apropriada através de ações e relações pessoais, assim como a promoção de tais condutas aos seguidores por comunicação bidirecional, reforço e apoio à tomada de decisões”.

A falta de confiança nos líderes políticos, escândalos corporativos e períodos de crise económica no início deste século, forçaram o interesse nos aspetos éticos da liderança (Yukl, 2013). Nos principais benefícios da liderança ética está a capacidade do líder para influenciar os seus seguidores, uma vez que, quando o líder é percebido como credível, focado e confiante, promove nos seguidores o comprometimento com a equipa, com os objectivos e com a organização. Segundo Mittal e Dorfman (2012) a Liderança do Servo baseia-se em seis dimensões: igualitarismo, integridade moral, capacitação e desenvolvimento dos outros, empatia, humildade e criação de valor para a comunidade. Desta forma, a liderança do servo parte de uma abordagem comportamental naquilo que é a atitude do líder e dos seus comportamentos para com os seguidores e com o resultado desses comportamentos, ou seja, captar as necessidades e capacidades dos seguidores e desenvolvê-las de uma forma humana focando-se a ética de forma a servir o bem maior da organização, comunidade e sociedade em geral (Northouse, 2016). A Liderança Autêntica e ou positiva assenta em quatro componentes: autoconsciência (do líder relativamente às suas motivações valores e objetivos); perspectiva moral internalizada (impedindo que os comportamentos sejam orientados por pressões externas em vez de por valores e padrões); processamento equilibrado de informação (apoio na tomada decisões com a perspectiva de todos os envolvidos); transparência relacional (comunicação aberta honesta do líder no ambiente

relacional (Walumbwa, Avolio, Gardner, Wernsing & Peterson, 2008). A liderança autêntica preza pela genuinidade e autenticidade dos líderes “a tendência dos indivíduos para serem genuínos e verdadeiros consigo próprios e os outros, para assumirem os seus erros e para se responsabilizarem pelas consequências das suas ações” (Cunha, Cunha, Rego, Neves, & Cabral- Cardoso, 2016, p. 309).

No entanto, todos estes modelos receberam as mesmas críticas, por não conseguirem ser empiricamente distintos dos estilos FRL e acrescentarem pouca ou nenhuma validade preditiva em termos de resultados, em relação ao previsto pelos estilos FRL (Hoch, Bommer, Dulebohn & Wu, 2018).

O Modelo de *Carless, Wearing e Mann*

Inspirados em modelos anteriores da liderança transformacional, Carless, Wearing e Mann (2000) caracterizam os líderes transformacionais como aqueles que exibem sete comportamentos, os quais se encontram descritos seguidamente (Bass e Avolio, 1994; Podsakoff, McKenzie, Moorman e Fetter, 1990):

Comunicam a Visão - Os líderes transformacionais comunicam a visão da organização, orientando e motivando os colaboradores, transmitindo valores importantes para a organização, estabelecendo a imagem do futuro dessa organização. A visão proporciona um objetivo comum e as ações devem ser direcionadas para esse objetivo, o que promove a consistência entre os valores organizacionais e os comportamentos/ações dos indivíduos (Yukl, 1994).

Desenvolvem os colaboradores - Líderes eficazes incentivam e promovem as suas necessidades e capacidades, expressando interesse particular em cada um. Esta interação e atenção pessoal permite que os colaboradores alcancem o seu maior potencial (Bass e Avolio, 2004).

Fornecem apoio - Os líderes definem metas desafiantes e apoiam os membros da equipa nos seus esforços para conseguir alcançar essas metas através de um trabalho coordenado em equipa (Podsakoff, Mackenzie, Moorman & Fetter 1990). Uma liderança encorajadora inclui dar feedback positivo aos colaboradores e identificar os sucessos individuais (Carless *et al.*, 2000).

Potenciam o *empowerment* - Líderes eficazes envolvem os membros da equipa na tomada de decisões e na resolução de problemas, partilhando informações e incentivando a sua autonomia (Bass e Avolio, 2004).

São inovadores - São inovadores porque não usam estratégias convencionais para alcançar os objetivos estabelecidos; sem medo dos riscos que a sua visão pode acarretar, são

distribuídas tarefas diferentes aos seus colaboradores, sendo estas desafiadoras. Os líderes encaram os erros como oportunidades de aprendizagem e aprimoramento (Carless *et al.*, 2000).

Lideram pelo exemplo - Líderes eficazes comunicam as suas crenças e valores aos colaboradores, transmitindo autoconfiança e estabelecendo um exemplo para os colaboradores, adotando comportamentos consistentes com as atitudes e valores que eles defendem (Bass e Avolio, 2004).

São carismáticos - Os líderes transformacionais são admirados e respeitados pelos seus valores consistentes e são considerados confiáveis, altamente competentes e respeitados pelos seus colaboradores. O carisma é um aspeto pessoal e exibe altos valores morais e éticos. Os comportamentos carismáticos concentram-se nos valores e na missão do líder (Carless *et al.*, 2000).

Como forma de focalização, um líder procura alterar os comportamentos dos seus liderados nos aspetos considerados essenciais, dando-lhe alguma liberdade para se adaptarem às diferentes situações (Monteiro, 1999). Assim sendo, esta visão remete-nos para um estilo de liderança transformacional, pois exige um aumento da organização que leva a mudanças e à partilha de valores.

Na área da saúde e mais especificamente na enfermagem, a liderança transformacional pode produzir resultados interessantes tais como: menor rotatividade da equipa; melhorar os níveis de moral da equipa; maior motivação para os cuidados de saúde; melhor espírito de trabalho em equipa; a equipa compreende melhor as metas e objetivos a alcançar; as pessoas expressam um sentimento de conexão e/ou pertença à equipa; utentes e familiares ficam mais satisfeitos com os serviços prestados (Baker, 1992).

2.4.3. Avaliação da existência de comportamentos transformacionais na liderança

Desde há muito que têm sido desenvolvidas muitas ferramentas no sentido de avaliar os comportamentos de liderança, orientadas para objetivos individuais, grupais e organizacionais, especialmente ao nível da liderança transformacional, relativamente à qual existem diversas escalas na literatura que procuram avaliar a existência de comportamentos transformacionais na liderança, tais como o *Multifactor Leadership Questionnaire* (MLQ; Avolio *et al.*, 1995), a *Global Transformational Leadership* (GTL; Carless *et al.*, 2000), a escala de Conger-Kanungo (Conger & Canungo, 1994), o *Leadership Practices Inventory* (LPI; Kouzes & Posner, 1990) e o *Transformational Leadership Questionnaire* (TLQ; Alban-Metcalfe & Alimo-Metcalfe, 2000).

Um dos principais problemas, comum a essas escalas, prende-se com o tempo necessário ao preenchimento desses questionários, especialmente no que diz respeito ao MLQ e ao GTL.

O MLQ tem sido muito utilizado em várias pesquisas com o objetivo de estudar os estilos de liderança transformacionais, transacionais e passivos. O MLQ pode ser usado para atividades de seleção, transferência e promoção, bem como para o desenvolvimento e aconselhamento individual, em grupo ou na organização. O MLQ (5X-Long) foi desenvolvido por Bass em 1985, sendo este composto por setenta e três *items* que se encontram divididos em três categorias: carisma (influência idealizada, consideração individualizada e estimulação intelectual), recompensa e gestão por exceção. Uns anos mais tarde, em 1995 surge um questionário mais curto, MLQ (5X curto), abrange quarenta e cinco *items* distribuídos por cinco dimensões da liderança transformacional (influência idealizada, inspiração motivacional, estimulação intelectual e consideração individualizada e em quatro dimensões da liderança transacional - a GPE-A; a GPE-P; o RC e o LF) que reconhecem e mensuram os principais comportamentos de liderança e eficácia, demonstrados em estudos anteriores, como fortemente ligados ao sucesso individual e organizacional. Embora o MLQ (5X-Long) seja muito útil para fins de treino e *coaching*, é menos útil para estudos de investigação (Hinkin & Schriesheim, 2008).

Com o objetivo de construir uma escala curta para avaliar a liderança transformacional, mas igualmente válida e confiável, Carless *et al.*, (2000) desenvolveram a escala GTL. A GTL é composta por sete *itens*, cada um dos quais corresponde a um comportamento de liderança transformacional definidos pelos autores. Cada um dos *itens* avalia a frequência de liderança transformacional exibida pelo líder, com base numa escala do tipo *likert* de cinco pontos. A amostra do estudo original era constituída por 1506 participantes de uma organização bancária internacional, onde foi efetuada uma análise fatorial exploratória que fez despontar um fator único. Esta estrutura única, foi confirmada por análise factorial confirmatória. A validade convergente foi avaliada por parte dos autores, comparando resultados da GTL com o LPI e o MLQ; a consistência interna observada demonstrou a fiabilidade da escala (Van Beveren, 2015). Van Beveren (2015) foi responsável pela adaptação da GTL ao contexto Português, tendo esta passado por todas as etapas necessárias à sua tradução e adaptação. Na versão portuguesa a escala de resposta varia entre um (quase não se aplica) e cinco (aplica-se quase totalmente).

A GTL foi projetada para que os colaboradores respondam a fim de avaliar qual a sua percepção relativamente aos comportamentos do seu líder. Se se pretender um autodiagnóstico também pode ser respondida pelo próprio líder.

2.5. Relação entre eficácia da liderança, eficácia da equipa, desempenho da equipa e partilha de conhecimento

A otimização da organização no contexto da profissão de enfermagem está inerentemente relacionada com a liderança. O exercício da liderança na enfermagem permite a articulação entre a soma de esforços individuais numa equipa para conseguir um esforço coletivo direcionado a um mesmo objetivo, a saúde (Rodriguez, Oliveira, Neto & Campos, 2015). Os líderes na profissão de enfermagem têm vindo a deslocar-se em termos de tipo de liderança de uma fase onde se punha ênfase nas tarefas a cumprir para uma liderança com base em relações entre os membros da equipa. Passamos assim de líderes de controlo administrativo para líderes de apoio ou de *coaching*.

A crença na capacidade de realizar uma tarefa ou atingir um objetivo por parte de um colaborador pode ser estimulada através destes líderes que ponham ênfase nas relações, acabando por melhorar não somente o desempenho individual como a da equipa (Rodriguez *et al.*, 2015).

A liderança orientada para a realização de tarefas é mais necessária quando os elementos da equipa não têm ainda conhecimento adequado para a realização da mesma. Quando este conhecimento já existe e os elementos são capazes de realizar as tarefas sem ajuda, então a parte da motivação e da confiança passam a ser mais importantes para a realização destas (Schreuder, Roelen, Van Zweeden, Jongasma, Van der Klink & Groothoff, 2011). Partindo de tal princípio é fácil entender que uma adequação do tipo de liderança ao ambiente de trabalho e à equipa irá certamente criar impacto no desempenho e na eficácia da mesma, entendendo eficácia de liderança como a adequação da correspondência do estilo da liderança com a situação presenteada, a flexibilidade do líder (Sivanathan & Fekken, 2002). Como realçam Manges, Scott-Cawiezell e Ward (2017), equipas com aspiração de alto desempenho não podem ser desprovidas de liderança na enfermagem, pois esta é um requisito crítico para maximizar a *performance* de uma equipa.

A liderança é a força motriz que pode aumentar o desempenho das equipas de enfermagem e permitir a diminuição dos custos em saúde, levando à contínua melhoria dos cuidados prestados ao utente (Sousa, 2006). Assim, é de toda a importância que o líder procure na evidência científica o registo, monitorização e avaliação dos *outcomes* do desempenho das equipas de enfermagem (Fernandes, Araújo & Pereira 2018). Importa ainda referir que a liderança se configura como um processo relacional, ético, contínuo e dinâmico entre pessoas que desejam uma mudança positiva num grupo (Komives & Wendy, 2017). A liderança também está associada ao processo de influência sobre os outros, com importantes papéis de

implementação e inovação dos sistemas de saúde, com o compromisso dos enfermeiros na organização e na profissão propriamente dita. Isso resulta no aumento do desempenho de enfermagem e, conseqüentemente, num aumento da qualidade dos cuidados prestados (Aarons, Ehrart, Farahnak & Hurlburt, 2015).

Com base nas evidências anteriores, a seguinte hipótese de investigação foi formulada:

Hipótese 1: A eficácia da liderança influencia significativamente o desempenho das equipas de enfermagem.

Na atualidade há uma ênfase na procura constante da eficácia no trabalho e tal pode ter efeitos mais nefastos no caso da enfermagem, quando o foco nesta mesma eficácia é excessivo, menosprezando fatores como qualidade de serviço e padrões profissionais (Duncan, Rodney & Thorne, 2014; Orvik, Vågen & Axelsson, 2015).

Há estudos que reportam evidência confiável referente à associação do ambiente de trabalho em enfermagem com os *outcomes* dos utentes; mas há menos evidências sobre os efeitos da liderança em enfermagem nestes *outcomes* (Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker & Giovannetti, 2005; Blegen, Goode, Spetz, Vaughn & Park, 2011; Duffield, Diers & O'Brien-Pallas, 2011; Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, Griffiths & Busse, 2014).

A excelência no cuidado é muitas vezes proporcionada através da aspiração à excelência por parte da liderança de enfermagem (Huston, 2008). A evidência aponta para uma ligação forte entre os tipos de liderança e melhores *outcomes* em termos de erros de medicação, mortalidade, infeções nosocomiais e satisfação do utente (Huston, 2008). O valor que os líderes atribuem às necessidades dos utentes assim como o seu comprometimento com atividades que instem a equipa a obter mais altos níveis de desempenho são importantes preditores de melhoria de *outcomes* (Huston, 2008).

Neste contexto, na liderança transformacional, o líder é visto como a fonte de inspiração do liderado para exceder as expectativas, através de uma personalidade cativante e um magnetismo que atrai os liderados e promove o incentivo, a eficácia do grupo e o apoio, que inspiram os liderados a quererem alcançar os seus objetivos (Northouse, 2016). Um fator adicional é a estimulação intelectual que descreve como os líderes incentivam os liderados, desafiando-os a pensar “fora da caixa”, incentivando a expressão criativa e apoiando-os em todos os seus esforços para atingir os objetivos da equipa e a sua eficácia, enquanto grupo (Northouse, 2016).

Diversas ideias veiculadas na literatura sugerem que a eficácia da liderança se reflete na eficácia das equipas de enfermagem, sendo que, como realçam Fernandes *et al.*, (2018), as influências desse catalisador são importantes para a identidade e para o desenvolvimento profissional do enfermeiro, bem como para a evolução e a inovação das práticas de enfermagem. Neste contexto, as mesmas autoras acrescentam que a liderança pode influenciar a eficácia das equipas de enfermagem, podendo essa influência ser alcançada através de uma combinação de competências de liderança e gestão, bem como através de conhecimentos e de habilidades relacionais dos enfermeiros-gestores, juntamente com uma visão para apoiar a união da equipa, a fim de criar um ambiente positivo que fomente a eficácia das equipas de enfermagem. Neste âmbito, o estilo de liderança transformacional está fortemente ligado a um tipo de gestão com ênfase na segurança do utente (Page, 2004). De acordo com Sfantou, Laliotis, Sifaki-Pistolla, Matalliotakis e Patelarou (2017), a liderança eficaz, tem pelo menos um efeito indireto positivo nos *outcomes*, pela inspiração e pelo suporte provido a equipas experientes.

Com base nas ideias anteriores, a seguinte hipótese de investigação foi sugerida:

Hipótese 2: A eficácia da liderança influencia significativamente a eficácia das equipas de enfermagem.

Considerando a relevância das práticas de partilha de conhecimento na valorização do capital intelectual e, por conseguinte, no êxito organizacional, a literatura tem-se debruçado sobre os fatores que promovem ou dificultam esse comportamento nas organizações, independentemente desses fatores estarem relacionados com o indivíduo ou com o contexto em que o indivíduo está inserido (Li, Paunova & Egerod, 2016).

Antes de mais, há que realçar que a gestão do conhecimento agrega o processo de criar, empregar, armazenar e partilhar conhecimento (Ruggles, 1998), o qual é considerado um dos recursos mais relevantes para proporcionar numerosos benefícios à organização. Assumir uma conduta de partilha de conhecimento anui que o conhecimento não fique centrado numa pessoa, mas ao contrário, que seja disponível para todos. Se uma pessoa (detentor do conhecimento) deixar a organização, o conhecimento pode não ser perdido se este for partilhado (Peralta & Saldanha, 2014).

Para que a partilha de conhecimento seja realizada com sucesso numa organização, é essencial que a gestão do conhecimento seja eficaz (Lee, 2018). Assim, o principal objetivo da gestão do conhecimento é encorajar os indivíduos a aumentar naturalmente o fluxo de

partilha de conhecimento, o qual depende fundamentalmente da existência destes comportamentos de partilha de conhecimento (Bock, Zmud, Kim & Lee, 2005).

No entanto, a partilha de conhecimento depende da escolha dos indivíduos em partilharem ou não o seu conhecimento com outros (Bock *et al.*, 2005), embora, como realça Wang (2004), a determinação dos indivíduos não repartirem o conhecimento com outros colegas possa ser considerada antiética. O desejo de não partilhar conhecimento resulta do facto de que os indivíduos desejam defender os seus próprios interesses face aos dos demais *stakeholders* (Bavik, Tang, Shao & Lam, 2017). De qualquer forma, é importante referir aqui que a tendência para os indivíduos partilharem o seu conhecimento só ocorrerá se essa partilha for fomentada e não obrigada (Bock *et al.*, 2005) e que o processo de partilha de conhecimento pode acontecer de forma consciente ou inconsciente para quem é detentor do conhecimento (Evans, 2013).

Neste contexto, uma vez que a partilha de conhecimento ajuda a obter vantagem competitiva (Casimir, Lee & Loon, 2012), afetando assim o desempenho das equipas e a subsistência das organizações (Lin, 2007), os líderes podem assumir aqui um papel importante, através do seu potencial para influenciar o comportamento dos liderados através do exemplo (Brown *et al.*, 2005), segundo a Teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1971). Neste sentido, os líderes representam modelos, pois são detentores de uma variedade de predicados, como posição hierárquica, *status* e capacidade de influenciar o comportamento dos outros (Bandura, 1986).

De facto, os líderes podem ter a capacidade de motivar e influenciar a partilha de conhecimento (Lee, Gillespie, Mann & Wearing, 2010) devido ao seu papel relevante na organização e na sua participação nos momentos de partilha de conhecimento (Le & Lei, 2018). Como realça Sergiovanni (2004), a liderança é um processo que permite levar um grupo a agir de acordo com os objetivos do líder ou propósitos/conhecimentos partilhados. Montserrat (2004) defende que liderança corresponde à capacidade de suscitar a participação voluntária das pessoas ou dos grupos no sentido de atingir os objetivos fixados, o que implica a partilha de conhecimentos. De acordo com Fullan (2003), a liderança não significa mobilizar os outros para a resolução de problemas que já se sabe como resolver, mas sim ajudar a enfrentar os problemas que nunca foram resolvidos, o que implica a partilha de conhecimentos. Neste contexto, a liderança transformacional é considerada um dos estilos de liderança mais eficazes (Brown & Treviño, 2005; Bedi, Alpaslan & Green, 2016); porque tem enfoque na partilha de conhecimento, espera-se que a liderança transformacional seja um indicador preditivo de partilha de conhecimento. Segundo Northouse (2016), um dos fatores inerentes à liderança transformacional é a motivação inspiradora e a partilha de

conhecimento, que auxiliam o líder no incentivo junto dos liderados a participar na consecução da sua visão, convencendo-os de que a sua contribuição é vital e insubstituível. Com base nessas diversas evidências, a seguinte hipótese de investigação foi sugerida:

Hipótese 3: A eficácia da liderança tem um impacto significativo na partilha de conhecimento.

Do ponto de vista do mundo empresarial, inserida num ambiente dinâmico e competitivo no qual o saber é considerado a chave dos negócios, a área da saúde revelou-se possuir uma forte aptidão para a inovação. Assim, as organizações de saúde estão cada vez mais cientes de que o seu sucesso depende da sua habilidade e determinação em gerir o conhecimento dos seus recursos mais preciosos, o capital humano (Zhang, 2017). Neste sentido, a gestão de recursos humanos tem-se tornado uma prática cada vez mais importante, pois viabiliza um modelo de gestão que valoriza os colaboradores e orientado para atividades de crescimento e para a satisfação, com base nos objetivos organizacionais, promovendo comportamentos de partilha de conhecimento no seio das suas equipas, e contribuindo assim para o sucesso das equipas de enfermagem (Zhang, 2017).

Existem dois tipos de conhecimento: o conhecimento tácito e o explícito. O conhecimento tácito é complexo, espontâneo, subjetivo (Magnier-Watanabe & Benton, 2017; Maravilhas & Martins, 2019) e caracteriza-se por ser pessoal, difícil de exprimir e de ser visível, estando relacionado com a experiência pessoal, os valores e emoções de cada um (Loureiro, 2003). Este tipo de conhecimento acumula-se através de práticas colaborativas, experiências e observações (Maravilhas & Martins, 2019). Por sua vez, criado através de dados recolhidos e informação armazenada, o conhecimento explícito pode ser facilmente reconhecido, pronunciado, apreendido, partilhado e aplicado. O conhecimento explícito consiste em informações e *know-how* que são objetivos, ensináveis e verbalizáveis. Ambos os tipos de conhecimento, quando presentes e em coadjuvação podem influenciar o sucesso das equipas (Rogers, Révesz & Rebuschat, 2015).

Partilhar conhecimento não é comunicar num só sentido, mas sim um ato de dar e receber informações sobre as tarefas, saber como fazer e qual o *feedback*. Partilhar implica troca de conhecimento entre indivíduos, na organização, e este ser assimilado, compreendido e utilizado por outros (Curado, 2018; Ipe, 2003). A partilha de conhecimento corresponde a um processo pessoal onde há partilha de informações, ideias, sugestões e habilidades organizacionais relacionadas entre si para criar novos conhecimentos (Bartol & Srivastava, 2002).

Os comportamentos de partilha de conhecimento são considerados como um meio para se alcançar um fim, ao invés de um fim em si mesmo (Lee, 2018), porque fornecem um conjunto de habilidades, para além de conhecimento, que permitem que os indivíduos atinjam os seus objetivos com sucesso e as metas estabelecidas (Phong, Hui & Son, 2018). A partilha de conhecimento contribui para uma melhor atuação por parte das equipas de enfermagem, uma vez que a partilha de conhecimento corresponde a um conjunto de comportamentos específicos que envolvem a troca de dados ou de conhecimentos relevantes que permitem a colaboração entre os membros da equipa, bem como o desenvolvimento de novas ideias e implementação de diretrizes (Li *et al.*, 2016). O processo de partilha de conhecimento é essencial para a inovação, aprendizagem organizacional, desenvolvimento de novas habilidades e aumento da produtividade (Mueller, 2015; Riege, 2005; Sivakumar, 2018).

No seu estudo Yoo, Zhang e Yun (2019) analisaram os efeitos da partilha de conhecimento explícito e tácito nas competências de tomada de decisão clínica e o papel da confiança na partilha de conhecimento entre os membros da equipa de enfermeiros de hospitais coreanos. Os resultados do estudo mostraram que a partilha de conhecimento explícito afeta diretamente as competências ao nível da tomada de decisão, e que a partilha do conhecimento tácito está associada às competências ao nível da tomada de decisão quando já existe confiança entre os membros da equipa de enfermagem. As evidências do estudo sugerem que um nível mais elevado de confiança entre os membros da equipa de enfermagem pode melhorar as competências ao nível da tomada de decisão clínica através da partilha do conhecimento tácito. Com o tempo, os enfermeiros gradualmente ganham experiência ao nível do conhecimento tácito e tornam-se especialistas. Assim, a partilha de conhecimentos dentro da equipa de enfermagem leva a ganhos de competências ao nível da tomada de decisão e assim da eficácia das equipas (Yoo *et al.*, 2019).

Essas e outras evidências (e.g. Li *et al.*, 2016), sugerindo uma relação próxima entre a partilha de conhecimentos e o sucesso das equipas de enfermagem, permitem formular a seguinte hipótese de investigação:

Hipótese 4: A partilha de conhecimento influencia significativamente a eficácia das equipas de enfermagem.

Tal como no âmbito empresarial, os centros que prestam serviços de saúde, como os hospitais, são organizações com objetivos de excelência. Para a obtenção da mesma, os processos e as filosofias tornam-se comuns, com paralelos que visam a agilização, a

racionalização, a eliminação do desperdício e a produção com redução de custos (Hu & Zhao, 2016).

Muitas vezes, os termos desempenho e eficácia usam-se como sinónimos, apesar de não serem totalmente sobreponíveis. As medidas de desempenho são “os sinais vitais” da organização e, conseqüentemente, das equipas que a constituem. O objetivo da medição e avaliação de desempenho deve ter sempre como objetivo a melhoria de práticas, baseando-se no desdobramento dos parâmetros que compõem os indicadores de eficiência e eficácia (Palese, Mesaglio, De Lucia, Guardini, Dal Forno, Vesca, Boschetti, Noaccon & Salmaso, 2013). A relação de racionalidade no uso dos recursos é espelhada na eficiência, enquanto que o alcance de objetivos de acordo com as expectativas refere-se à eficácia. A unidade básica onde se avaliam os componentes destes indicadores são as equipas, que no caso dos serviços de saúde é composta pelos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros.

Como referem Hu e Zhao (2016), a eficácia das equipas influencia significativamente o desempenho das equipas de enfermagem, tendo implícitas a resolução de problemas e a criação de novas ideias, com reflexos diretos na qualidade dos cuidados prestados aos utentes. A eficácia em termos de desempenho avalia o cumprimento de objetivos propostos e alcançados; ou seja, uma equipa muito eficaz será aquela que cumpre todos os objetivos propostos e ultrapassa as expectativas.

A eficácia dos serviços de saúde expressa os resultados dos cuidados de enfermagem sobre os utentes em termos de *outcomes* e, nestes, podemos referir-nos a variáveis como o conforto, a independência funcional, a colaboração com os serviços, assim como a segurança do utente entre outros, sendo que estas variáveis têm sempre de ser avaliadas conforme as expectativas dos cuidados (Palese *et al.*, 2013).

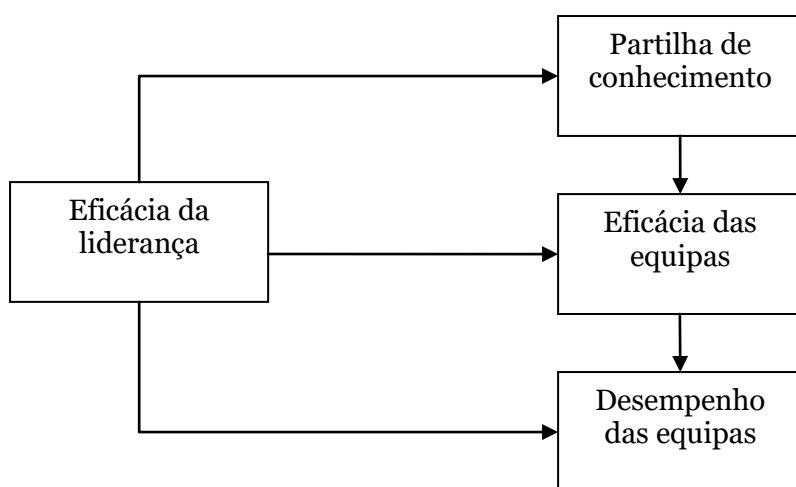
O trabalho em equipa é um processo que descreve as interações entre os membros da equipa que combinam recursos coletivos para resolver as exigências das tarefas, denotando a interação da equipa com as tarefas, ferramentas e sistemas (Schmutz, Meier & Manser, 2019). Por conseguinte, como realçam Schmutz *et al.* (2019), o trabalho em equipa requer eficácia (elemento preditor do desempenho da própria equipa), independentemente das características da equipa ou da tarefa. Portanto, as organizações de saúde devem reconhecer o valor da eficácia do trabalho em equipa, como um indicador de um desempenho de qualidade da equipa de enfermagem, em benefício dos seus utentes (Schmutz *et al.*, 2019).

De acordo com o exposto acima, formulou-se a seguinte hipótese de investigação:

Hipótese 5: A eficácia das equipas influencia significativamente o desempenho das equipas de enfermagem.

Enquadrada nos objetivos do estudo, a revisão bibliográfica efetuada deu assim origem a cinco hipóteses de investigação, conduzindo ao modelo conceptual sintetizado na figura 3, que estabelece a relação entre as diversas hipóteses de investigação desenvolvidas. O modelo conceptual (figura 3) que suporta esta investigação é assim constituído por 4 variáveis latentes: i) eficácia da liderança, ii) eficácia das equipas, iii) desempenho das equipas e iv) partilha de conhecimento, bem como, pelas diversas relações entre essas variáveis.

Figura 3- Modelo Conceptual



3. Procedimentos metodológicos

A finalidade deste capítulo é descrever os procedimentos e metodologias utilizadas para efetuar este estudo, tendo em vista uma avaliação da validade e fiabilidade dos resultados obtidos. Fortin (2009:211) refere que a fase metodológica “*reporta-se ao conjunto dos meios e das atividades próprias para responder às questões de investigação ou para verificar hipóteses formuladas no decurso da fase conceptual*”, acrescentando que se trata da fase em que (...) tudo foi posto em ação para passar da concepção da investigação à sua operacionalização.”

Após apresentar os resultados da revisão bibliográfica e estabelecer as bases contextuais do tema em pesquisa, esta etapa apresenta as fases envolvidas ao longo desta investigação.

É primordial traçar o caminho deste estudo, de forma a explicar como se recolheram os dados essenciais para ensaiar as hipóteses enunciadas. Assim sendo, procurou-se explicar/justificar as escolhas realizadas para tratar o problema de estudo, o método de colheita de dados, o modelo de análise desenvolvido e as variáveis estudadas.

3.1. Amostragem e recolha de dados

No âmbito desta investigação a população alvo foi constituída pelos enfermeiros da Unidade Local de Saúde (U.L.S.) da Guarda - Hospital Sousa Martins e do Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira (CHUCB); mais concretamente, a população alvo englobou os enfermeiros que se encontram a desempenhar funções na U.L.S da Guarda-Hospital Sousa Martins (serviços de Medicina Interna, Urgências, Medicina Intensiva e Bloco Operatório) e do CHUCB (Unidade de Cuidados Intensivos, Urgências e Especialidades médicas).

No presente estudo os serviços de medicina intensiva/ cuidados intensivos, bloco operatório e urgências fazem parte da amostra uma vez que são serviços caracterizados por uma complexidade e responsabilidade elevada na prestação dos cuidados, necessitando de uma gestão mais aprimorada, onde o papel da pessoa líder pode fazer a diferença na qualidade, motivação, envolvimento da equipa e dos serviços prestados. Os serviços de medicina interna /especialidades médicas foram selecionados por serem equipas com um rácio enfermeiro-doente mais elevado, por serem equipas habitualmente mais jovens e onde a complexidade na prestação de cuidados é menor, possibilitando desta forma abranger no estudo, serviços com realidades distintas.

As razões que conduziram à seleção da referida população acessível prenderam-se essencialmente com a sua proximidade, facilitando a aplicação e recolha de colheita de dados, bem como o menor dispêndio económico. No entanto, proceder a uma colheita de dados, interrompida por uma pandemia (onde foi decretado estado de emergência, onde as reuniões de comissão de ética foram canceladas e os serviços administrativos funcionaram de forma rudimentar), revelou-se um grande desafio.

De acordo com Fortin (2009:321), “Contrariamente à amostragem probabilística, a amostragem não probabilística não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra”.

Neste estudo, a amostra foi obtida pelo método não probabilístico por amostragem de conveniência, visto tratar-se de uma técnica baseada numa escolha consciente do investigador de incluir ou excluir elementos ou sujeitos em função das suas características;

neste caso os enfermeiros a desempenhar funções na U.L.S da Guarda-Hospital Sousa Martins nos serviços de Medicina Interna, Urgências, Medicina Intensiva e Bloco Operatório e do CHUCB na Unidade de Cuidados Intensivos, Urgências e Especialidades médicas.

Assim sendo, a amostra selecionada incluiu todos aqueles que respeitaram os seguintes critérios:

- Ser enfermeiro a desempenhar funções na U.L.S da Guarda-Hospital Sousa Martins nos serviços de Medicina Interna, Urgências, Medicina Intensiva e Bloco Operatório e do CHUCB, na Unidade de Cuidados Intensivos, Urgências e Especialidades Médicas;
- Desempenhar funções há mais de um ano num dos serviços mencionados dos dois hospitais;

Em qualquer estudo, o investigador opta por um instrumento de colheita de dados, em função do tema em estudo, dos objetivos, da população ou da amostra a quem se destina e ainda do tempo disponível. Para a colheita de dados é necessário utilizar um instrumento fidedigno e válido. Segundo Polit, Beck, Hungler e Thorell (2004), sem métodos de alta qualidade para a colheita de dados, a precisão e a força das conclusões da pesquisa são facilmente desafiadas. Segundo Fortin (2009:368) a escolha do método de colheita de dados “*depende do nível de investigação, do tipo de fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis*”. A escolha ou a elaboração de instrumentos de medida, segundo Fortin (2009) é a finalização do processo de operacionalização, que consiste em definir as dimensões do conceito e em estabelecer indicadores que permitam escolher ou construir medidas suscetíveis de dar conta do conceito. Neste estudo, os dados foram recolhidos através de um questionário, autoaplicável.

Na ausência de bases de dados disponíveis, a opção recaiu na aplicação de um questionário, em detrimento de outros métodos alternativos, como por exemplo estudos de caso, porque foi considerado o mais adequado para permitir alcançar o objetivo desta investigação, que no geral, visava testar o modelo teórico desenvolvido com base na revisão da literatura efetuada.

Antes da aplicação do questionário definitivo, foi realizado um pré-teste com seis enfermeiros (que não foram incluídos na amostra do estudo) com o objetivo de verificar a qualidade das respostas, de forma a observar se estava presente a informação pretendida, servindo também para certificar a compreensão das afirmações das escalas. Depois de garantir que o questionário estava livre de mal-entendidos, o questionário revisto foi então aplicado nos dois hospitais entre março e agosto de 2020. De um total de duzentos e cinquenta questionários distribuídos a enfermeiros potenciais participantes, foram recebidos cento e trinta e nove, perfazendo uma taxa de resposta de 55,6%.

3.2. Procedimentos éticos

Os procedimentos a que nos referimos dizem respeito às questões éticas e burocráticas efetuadas para que este estudo fosse possível. Assim, desde logo, na primeira folha anexa ao instrumento de colheita de dados foi colocado um documento informativo, de forma a garantir o respeito pelos direitos de todos os sujeitos envolvidos no estudo

Para Fortin (2009), ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a nossa conduta. É o conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta. Segundo Polit *et al.* (2004), ao longo da investigação temos o dever de cumprir o direito à autodeterminação, à privacidade, ao anonimato, à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e prejuízo e a um tratamento justo e leal.

Uma vez que o método de colheita de dados foi o questionário a enfermeiros de dois hospitais, foi necessário elaborar vários pedidos de autorização respeitando as regras de cada gabinete de investigação, seguindo as regras de proteção de dados. Obtivemos a autorização via ofício por parte da U.L.S. da Guarda (Anexo 1) e a autorização do CHUCB (Anexo 2), depois de ser submetido à comissão de ética de cada instituição hospitalar.

Procurámos prestar o máximo de cuidado e atenção, ao modo como realizámos a introdução da aplicação da colheita de dados, tendo em conta a importância de que se reveste o primeiro impacto na abordagem de qualquer formulário e na forma como isso pode influenciar a participação do sujeito. Foi esclarecida a finalidade do estudo, os objetivos e a importância da contribuição dos participantes para o êxito do mesmo. Reforçámos ainda o caráter estritamente confidencial e anónimo das participações.

3.3. Operacionalização e medida das variáveis

Atendendo aos propósitos deste estudo, foi desenvolvido um questionário, autoaplicável desenvolvido para o efeito e organizado em duas partes distintas. A primeira parte incluiu diversas questões sociodemográficas, para permitir efetuar uma breve caracterização da amostra estudada, abordando: i) género (variável nominal dicotómica), ii) idade (variável contínua), iii) habilitações académicas (variável nominal), iv) categoria profissional (variável nominal), v) tempo de exercício profissional (variável contínua), vi) serviço onde exerce funções atualmente (variável nominal) e vii) tempo de trabalho no serviço onde exerce funções atualmente (variável contínua).

A segunda parte do questionário abrangeu as quatro variáveis centrais do estudo: eficácia da liderança, eficácia da equipa de trabalho, desempenho da equipa e partilha de conhecimentos dentro da equipa de trabalho.

A eficácia da liderança foi medida através da escala *Global Transformational Leadership* (GTL) que é composta por sete itens, sendo que cada *item* corresponde a um comportamento de liderança. Esta escala foi construída para ser respondida pelos colaboradores, com o objetivo de avaliar qual a percepção dos colaboradores relativamente aos comportamentos do líder. A escala GTL foi desenvolvida por Carless *et al.*, (2000) tendo por base os sete comportamentos de liderança transformacional definidos pelos autores (1-comunicar a visão; 2-desenvolver individualmente os colaboradores; 3- fornecer apoio para que trabalhem em direção aos seus objetivos; 4- atribuir *empowerment*; 5- ser inovador; 6- liderar pelo exemplo; 7- ser carismático). A GTL como foi mencionado anteriormente é composta por sete itens correspondendo cada um a um comportamento que avaliam a frequência de comportamentos de liderança transformacional exibidos pelo líder, com base numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1= raramente ou nunca a 5 =muito frequente ou sempre). Com o desenvolvimento da GTL, os autores procuraram construir uma escala reduzida, mas igualmente válida e fiável (Carless *et al.*, 2000).

As escalas utilizadas para medir o desempenho da equipa e a eficácia da equipa de enfermagem foram baseadas nas escalas *Team performance* e *Team efficacy* de Joe *et al.*, (2014), desenvolvidas a partir de escalas pré validadas de Lin (2010) e Mosley, Boyar, Carson e Pearson (2008) respetivamente, para medir o desempenho e a eficácia das equipas atuando em empresas *High-Tech*. Estas escalas, por sua vez, foram adaptadas às equipas de enfermagem em unidades hospitalares, para se adequarem ao contexto do presente estudo. Estas escalas [do tipo *Likert*, com cinco pontos: 1=discordo totalmente a 5=concordo totalmente] permitiram a recolha de dados, através da avaliação do grau de concordância relativamente a quatro afirmações para o desempenho da equipa e quatro afirmações para a eficácia da equipa.

A escala que avalia o comportamento de partilha de conhecimento foi adaptada da escala *Knowledge Sharing Behavior in Virtual Communities* de Hsu, Yen, Chiu e Chang (2006) que tem por base teórica o modelo de Bandura (Bandura, 1986), que tenta discernir o efeito de fatores pessoais e ambientais no comportamento individual em equipas. Embora a teoria cognitiva social esteja validada para outros contextos, a sua aplicação nos comportamentos de partilha de conhecimentos tem sido parcamente estudada. A escala que serviu de base ao desenvolvimento da escala usada neste estudo foi adaptada de um modelo baseado na obra

de Davenport e Prusak (1998), onde o conhecimento é considerado um objeto que pode ser adquirido e transmitido por membros de uma comunidade; esse conhecimento é algo valioso que pode ser usado como moeda de troca ou conferir uma vantagem nociva se apropriado por um concorrente. A partilha de conhecimentos por um membro da equipa está então dependente de variáveis individuais como a confiança, as expectativas de resultados e a existência de objetivos comuns, sejam estes o fortalecimento de laços, a amplificação do âmbito de associação ou o facilitar da cooperação em compromissos futuros.

A escala adaptada neste estudo [de tipo *Likert*, de cinco pontos: 1=raramente ou nunca a 5=muito frequente ou sempre] é constituída por cinco afirmações baseadas nos pressupostos referidos anteriormente e pretende avaliar o comportamento dos enfermeiros que participaram no estudo no que diz respeito à partilha de conhecimento dentro da sua equipa de enfermagem (Apêndice 1). A tabela 1, mostra a média, o desvio padrão e o *Alfa de Cronbach* referentes a cada uma das variáveis centrais desta investigação.

Tabela 1- Média, Desvio padrão e *Alfa de Cronbach*

	Média	Desvio Padrão	<i>Alfa de Cronbach</i>
Eficácia da Liderança	3,19	0,95	0,964
Desempenho da equipa de enfermagem	3,73	0,72	0,921
Eficácia da equipa de enfermagem	3,65	0,70	0,892
Partilha de conhecimento	3,57	0,60	0,760

Apesar de, em determinados casos de investigação no âmbito das ciências sociais, um *Alfa* de 0,60 poder ser considerado como aceitável, o limite mínimo para o *Alfa* geralmente aceite é de 0,7 (Pestana & Gageiro, 2014). De acordo com Marôco e Garcia-Marques (2006), a consistência interna é inaceitável, quando o *Alfa* é inferior a 0,6, fraca, quando o *Alfa* se encontra entre 0,6 e 0,7, razoável, quando o *Alfa* se encontra entre 0,7 e 0,8, boa, quando o *Alfa* se encontra entre 0,8 e 0,9 e muito boa quando o *Alfa* é superior 0,9.

Da leitura da tabela 1, observa-se um valor médio de 3,19 ($\pm 0,95$) para eficácia da liderança, com um *Alfa* classificado como muito bom ($\alpha=0,964$). Na variável “desempenho da equipa de enfermagem”, a média registada é de 3,73 ($\pm 0,72$), com um *Alfa* também classificado como muito bom ($\alpha=0,921$). A variável que avalia a eficácia da equipa de enfermagem apresenta uma média de 3,65 ($\pm 0,72$) com um alfa classificado como bom ($\alpha=0,892$). Relativamente à Partilha de conhecimento, a média observada é de 3,57 ($\pm 0,60$), com um *Alfa* classificado como razoável ($\alpha=0,760$). Assim, conclui-se que os diversos constructos têm entre muito boa a razoável consistência interna.

Da observação da tabela 2, onde se exibem os coeficientes de correlação entre as variáveis latentes, averigua-se que todos os valores de R apontam para uma relação linear significativa entre as variáveis, para um nível de significância de 1%, bilateralmente.

Tabela 2 – Correlações entre as variáveis latentes

Correlações	Eficácia da Liderança (L)	Desempenho da equipa(DE)	Eficácia da equipa(EE)	Partilha de conhecimento (CPC)
Eficácia da Liderança(L)	1	0,388**	0,413**	0,400**
Desempenho da equipa (DE)	0,388**	1	0,745**	0,324**
Eficácia da equipa (EE)	0,413**	0,745**	1	0,486**
Partilha de conhecimento(CPC)	0,400**	0,324**	0,486**	1

**A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

3.4. Tratamento dos dados

Para o tratamento estatístico recorreu-se à estatística descritiva e à análise de equações estruturais (AEE). A estatística descritiva foi usada essencialmente na caracterização da amostra e as equações estruturais na análise do modelo de investigação. A AEE é uma técnica de modelação estatística generalizada, que é largamente usada nas ciências sociais e humanas, servindo para testar a validade de modelos teóricos que explicam relações estruturais, causais e hipotéticas, entre variáveis. A representatividade destas relações é apresentada por parâmetros que sugerem a grandeza e o sentido de efeitos estatísticos que ocorrem entre elas: efeito direto e efeitos indiretos, que poderão ser observados na população (Kline, 2011).

Todo o tratamento estatístico foi processado através dos *softwares IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 25.0 para *Windows* e *AMOS* versão 25.0.

4. Resultados

Inicialmente foi efetuada uma caracterização da amostra, através de medidas descritivas (frequências absolutas, médias, desvio padrão). Posteriormente recorreu-se a uma ferramenta estatística multivariada, aplicando a Modelagem de Equações Estruturais, que é vista como uma congregação de análise fatorial e regressão (ou a generalização dessas para a investigação de trajetórias ou caminhos), com a finalidade de proceder à análise do modelo de investigação proposto, em geral, e das hipóteses levantadas, em particular.

4.1. Perfil da amostra

Os dados compilados na tabela 3 permitem uma breve caracterização da amostra estudada. Assim, do total da amostra (n=139 enfermeiros), o género feminino é predominante (59,0%) e a maioria dos inquiridos enquadra-se no grupo etário dos 31-40 anos (45,3%), seguindo-se os enfermeiros com idade compreendida entre os 41-50 anos (33,1%). Os dados revelam ainda que os enfermeiros especialistas prevalecem (43,2%), seguidos pelos que têm a categoria profissional de enfermeiro (41,7%). No que diz respeito ao tempo de exercício profissional, maioritariamente, os enfermeiros situavam-se entre os 6-15 anos de tempo de exercício profissional (40,3%), sendo também expressiva a percentagem dos que possuem 16-25 anos de tempo de exercício profissional (36,7%). A informação recolhida mostra também que 34,5% dos enfermeiros da amostra exercem, atualmente, funções nos Cuidados Intensivos/Medicina Intensiva e 30,9% no serviço de Medicina Interna/Especialidades médicas. Quanto ao tempo de exercício profissional no serviço onde atualmente trabalham, os dados mostram que 40,3% dos enfermeiros exercem há 6-15 anos e mais de um terço (36,7%) há menos de cinco anos.

Tabela 3- Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Variáveis	N	%
Género		
Feminino	82	59,0
Masculino	57	41,0
Idade		
≤30 anos	14	10,1
31-40 anos	63	45,3
41-50 anos	46	33,1
>50 anos	16	11,5
Habilitações académicas		
Bacharelato	2	1,4
Licenciatura	68	48,9
Formação Complementar	69	49,6
Categoria profissional		
Enfermeiro	58	41,7
Enfermeiro Graduado	21	15,1
Enfermeiro Especialista	60	43,2
Tempo de exercício profissional		
<5 anos	12	8,6
6-15 anos	56	40,3
16-25 anos	51	36,7
>25 anos	20	14,4
Serviço onde exerce funções atualmente		
Bloco Operatório	21	15,1
Serviço de Urgência	27	19,4
Medicina Intensiva/Cuidados Intensivos	48	34,5
Medicina Interna/Especialidades Médicas	43	30,9
Tempo de exercício profissional no atual serviço		
<5 anos	51	36,7
6-15 anos	56	40,3
16-25 anos	29	20,9
>25 anos	3	2,2

A idade mínima dos enfermeiros que participaram no estudo é de 24 anos e a máxima de 57 anos com uma média de 39,99 anos ($\pm 7,81$) (cf. tabela 4).

Tabela 4- Estatísticas relativas à idade

Variável	N	Min	Max	M	DP
Idade	139	24	57	39,99	7,81

As estatísticas relativas ao tempo de exercício profissional indicam um mínimo e um máximo a oscilarem entre 2 anos e 32 anos, correspondendo-lhe uma média de 16,42 anos ($\pm 7,76$). Relativamente ao tempo de exercício profissional no atual serviço, o mínimo é dois anos e o máximo 30 anos, com uma média de 9,55 anos ($\pm 6,59$) (cf. Tabela 5).

Tabela 5- Estatísticas relativas ao tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional no atual serviço

Variáveis	N	Min	Max	M	DP
Tempo de exercício profissional	139	2	32	16,42	7,76
Tempo de exercício profissional no atual serviço		2	30	9,55	6,59

4.2. Pressupostos dos métodos de análise

A fase inicial do processamento dos dados é fundamental para garantir a validade dos vários pressupostos intrínsecos às análises efectuadas e aos resultados obtidos (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010). Neste contexto, a análise de equações estruturais requer que, numa primeira fase, se proceda a uma verificação do cumprimento de um conjunto de pressupostos, para que essa abordagem estatística possa ser aplicada.

A normalidade é um dos principais pressupostos, sendo que os dados em análise têm de respeitar os pressupostos de normalidade uni e multivariada. Para além da normalidade univariada, é indispensável que os dados reflitam também normalidade multivariada, a qual implica que i) os dados tenham todos distribuição univariada normal, ii) a distribuição conjunta de qualquer combinação de variáveis deve ser normal, iii) todos os gráficos de dispersão bivariados devem ser lineares e homocedásticos (Kline, 2011).

Outros pressupostos fundamentais são (Kline, 2011):

- Aleatoriedade, requerendo que as variáveis estudadas na análise sejam aleatórias, isto é, não padecem de qualquer tipo de limitação.
- Linearidade, acarretando que o valor previsto da variável dependente é uma função linear das variáveis independentes.

- Não-tendenciosidade, onde o valor previsto do estimador é igual ao parâmetro populacional.
- Eficiência, onde a variância do estimador é mínima.
- Homocedasticidade, onde a variância dos erros é constante.
- Independência dos erros, mostrando que os/a efeitos/covariância entre o erro e qualquer uma das variáveis independentes são nulos.

Relativamente ao pressuposto de normalidade, recorreu-se às medidas de assimetria (Sk) e de curtose (Ku) (Hair *et al.*, 2010). Assim para a aplicação do instrumento estatístico, os valores absolutos de Sk e de Ku devem ser inferiores a 3 e a 10, respetivamente (Marôco, 2010).

Neste estudo, através do *output* da análise correspondente, verificou-se que os valores de $|sk|$ variam entre 0,035 (no item Lider2) e 0,808 (no item DE1) e que os valores de $|Ku|$ variam entre 0,064 (no item EE4) e 0,933 (no item DE3). De acordo com os dados apresentados e segundo o referido anteriormente podemos afirmar que não existe violação do pressuposto da normalidade uni e multivariada.

O pressuposto de linearidade foi verificado pela análise das correlações de *Pearson* entre os diversos itens de cada variável latente. No caso da linearidade, as correlações entre as várias variáveis observáveis devem ser significativas (Hair *et al.*, 2010). Existe uma relação linear significativa entre todas as variáveis (para um nível de significância a 1%).

A ausência de multicolinearidade indica que as variáveis explicativas são linearmente independentes (Pestana & Gageiro, 2014). Conforme sugerido por diversos autores (Pestana & Gageiro, 2014; Hair *et al.*, 2010; Marôco, 2010), este pressuposto foi corroborado através da análise do valor de tolerância (T) e do seu oposto, o fator de inflação da variância (*VIF-variance inflator factor*). Não é consensual a partir de que valor é assumido que não existe multicolinearidade. No entanto, valores de $T \geq 0,1$ e $VIF \leq 10$, indiciam a ausência de multicolinearidade, segundo Pestana & Gageiro (2014) e Hair *et al.*, (2010). Para Marôco (2010), os resultados indiciam a ausência de multicolinearidade com valores de $VIF \leq 5$ e valores de $T \geq 0,2$. Assim sendo, nesta investigação, todos os indicadores calculados indicam ausência de multicolinearidade com $T \geq 0,377$ e $VIF \leq 2,654$, enquadrando-se nos intervalos definidos pelos vários autores mencionados anteriormente.

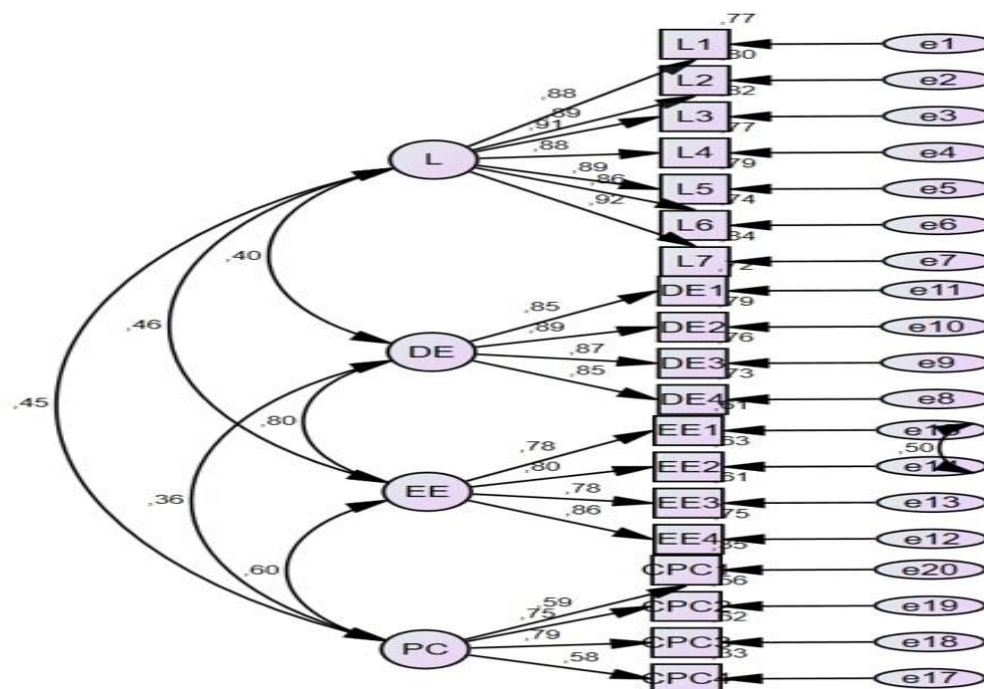
Na identificação dos *outliers* multivariados, optou-se pelo critério da distância de *Mahalanobis*, em consonância com Marôco (2010). As observações com significância inferior

a 0,001 foram consideradas *outliers* multivariados. A análise revelou três observações atípicas; no entanto não foram excluídas da amostra, por se julgar que essas observações possam representar casos válidos da população e a sua exclusão possa limitar a globalidade da análise multivariada (Hair *et al.*,2010).

4.3. Validação do modelo de medida

Recorrendo ao *software* AMOS (v.25.0) para validar o modelo de medida, foi aplicada uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), utilizando, para o efeito, o método da Máxima Verossimilhança (*Maximum Likelihood*), por ser um método robusto, que se destacou como o método mais usado na AEE, embora por exemplo, no caso de situações que infrinjam o pressuposto de normalidade multivariada, ser insuficiente e pouco adequado (Hair *et al.*, 2010). A análise deste modelo originou um diagrama com as métricas padronizadas, assim como o relatório de métricas de ajuste (*fit measures*) entre outros resultados (*outputs*). As estimativas estandardizadas, dos pesos fatoriais e índices de fiabilidade individual estão exibidos na figura 4. Podemos verificar que todas as variáveis apresentam pesos fatoriais elevados ($\lambda \geq 0,5$) e fiabilidades apropriadas ($R^2 \geq 0,25$),

Figura 4 - Modelo da Análise Fatorial Confirmatória



Nota: O item CPC5 foi retirado por apresentar um *loading* inferior a 0,5.

Para aprofundar a análise à fiabilidade das variáveis latentes, foram utilizados dois indicadores adicionais: a fiabilidade composta (*composite reliability*) e o *Alfa de Cronbach*. Como se pode observar na Tabela 6, todas as variáveis latentes apresentam valores, quer em termos da fiabilidade composta quer do *Alfa de Cronbach*, acima do valor geralmente considerado como padrão (0,7); existe assim evidência estatística de que o presente modelo possui uma adequada consistência interna.

A validade convergente foi avaliada através da variância média extraída (VME) (tabela 6), relativamente à qual, valores superiores ou iguais a 0,5 são indicadores de validade convergente adequada. Os resultados mostram que, à exceção da variável referente à partilha de conhecimento (AVE=0,466, ainda assim, muito próximo do limite), todas as restantes variáveis latentes apresentam uma VME superior a 0,5 [i.é mais de metade da variância das variáveis observáveis é explicada pela variável latente (Fornell & Larcker, 1981)], garantindo assim uma adequada validade convergente.

A validade discriminante foi comprovada através da comparação dos valores da VEM com o quadrado da correlação entre fatores (como proposto por Fornell & Larcker, 1981). Os resultados indicam que, na amostra, todas as variáveis apresentam validade discriminante.

Tabela 6 - Indicadores de Qualidade (*Loadings*, Alfa de Cronbach VEM (AVE), Fiabilidade Composta (CR))

VARIÁVEL LATENTE	ITEM	LOADINGS	ALFA DE CRONBACH	VARIÂNCIA MÉDIA EXTRAÍDA (VEM)	FIABILIDADE COMPOSTA
Eficácia da liderança	Lider1	,879	0,963	0,792	0,964
	Lider2	,894			
	Lider3	,906			
	Lider4	,879			
	Lider5	,890			
	Lider6	,863			
	Lider7	,918			
Desempenho as equipas	DE1	,848	0,921	0,747	0,922
	DE2	,888			
	DE3	,867			
	DE4	,854			
Eficácia das equipas	EE1	,784	0,892	0,655	0,883
	EE2	,798			
	EE3	,784			
	EE4	,867			
Partilha de conhecimento	CPC1	,594	0,829	0,466	0,773
	CPC2	,747			
	CPC3	,794			
	CPC4	,567			

Finalmente, o ajustamento do modelo foi avaliado através do cálculo e análise de várias medidas de ajustamento relativo, absoluto e de parcimónia, correspondendo aos procedimentos mais utilizados em pesquisas baseadas no método de modelagem de equações estruturais (*Structural Equation Model -SEM*). A Tabela 7 sintetiza os resultados obtidos relativamente a um conjunto diversificado de indicadores de ajustamento, que medem a qualidade do ajuste do modelo hipotético aos dados da amostra.

Tabela 7-Índices de ajustamento do modelo CFA

Índices de Ajuste	Valores	Padrões de referência	Nível de ajustamento
Medidas Absolutas			
X ² /g.l.(CMIN/DF)	1,217	<2 (bom), <5 (aceitável) - Marôco (2010)	Muito bom
GFI (Goodness of Fit Index)	0,889	≥ 0,9 (bom); 0,95 (muito bom) - Marôco (2010);Hair et al. (2010)	Muito próximo de bom
RMSEA (Root Mean Square Residual Error Appoximation)	0,04	≤0,05 (muito bom); 0,08 (bom); 0,1 (mediocre)- Marôco (2010)	Muito Bom
Medida Relativa			
CFI (Comparative Fit Index)	0,985	≥ 0,9 (bom); 0,95 (muito bom) - Marôco (2010)	Muito bom
Medidas parcimónia			
PCFI (Parsimony Comparative Fit Index)	0,835	>0,6 (razoável); >0,8 (bom) - Marôco (2010)	Bom
PGFI (Parsimony Goodness of Fit Index)	0,679	>0,6 (razoável); >0,8 (bom) - Marôco (2010)	Razoável

Perante os resultados obtidos podemos afirmar que o modelo exhibe uma qualidade de ajustamento de boa a muito boa, pois com exceção do GFI (apesar de tudo bem próximo do bom), todos os índices de ajustamento calculados para a avaliação do modelo encontram-se acima dos mencionados na literatura (Hair *et al.*, 2010; Marôco, 2010).

4.4. Validação do modelo estrutural

Depois de proceder à validação do modelo de medida, procedeu-se seguidamente à validação do modelo estrutural, procurando analisar a pertinência das diversas hipóteses formuladas. Para o efeito, o método de estimativa da máxima verossimilhança foi novamente utilizado. Através da leitura dos resultados sintetizados na tabela 8, podemos observar que a qualidade do ajustamento associada ao modelo estrutural é bastante boa. De facto, com exceção do GFI (*Goodness of Fit Index*), todos os indicadores de ajustamento calculados para a avaliação do modelo apresentaram valores superiores aos valores de referência destacados na literatura (Hair *et al.*, 2010; Marôco, 2010). Contudo, apesar do valor GFI ser inferior a 0,9, este foi

considerado aceitável, pois está muito próximo do valor de referência para um bom ajustamento.

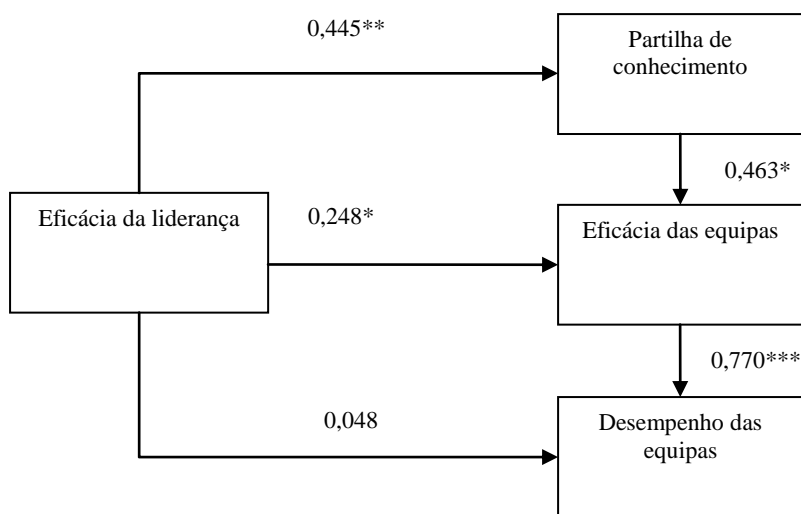
Tabela 8-Índices de ajustamento do modelo estrutural

Índices de Ajuste	Valores	Padrões de referência	Nível de ajustamento
Medidas Absolutas			
$\chi^2/g.l.(CMIN/DF)$	1,241	<2 (bom), <5 (aceitável) - Marôco (2010)-	Muito bom
GFI (Goodness of Fit Index)	0,886	≥ 0,9 (bom); 0,95 (muito bom) - Marôco (2010);Hair et al. (2010)	Sofrível
RMSEA (<i>Root Mean Square Residual Error Appoximation</i>)	0,042	≤0,05 (muito bom); 0,08 (bom); 0,1 (mediocre)- Marôco (2010)	Bom
Medida Relativa			
CFI (<i>Comparative Fit Index</i>)	0,984	≥ 0,9 (bom); 0,95 (muito bom) - Marôco (2010) -	Bom
Medida parcimónia			
PCFI (Parsimony Comparative Fit Index)	0,840	>0,6 (razoável); >0,8 (bom) - Marôco (2010)	Muito bom
PGFI (Parsimony Goodness of Fit Index)	0,681	>0,6 (razoável); >0,8 (bom) - Marôco (2010)	Bom

A figura 5 resume as diferentes relações analisadas entre a eficácia da liderança, a eficácia da equipa de enfermagem, o desempenho da equipa de enfermagem e os comportamentos de partilha de conhecimento dentro da equipa em contextos hospitalares. O *output* original do *Amos*, mostrando pesos fatoriais elevados ($\lambda \geq 0,5$) e fiabilidades individuais adequadas ($R^2 \geq 0,25$), pode ser consultado no anexo 3.

Os resultados proporcionam suporte estatístico às diferentes hipóteses, à exceção da primeira, demonstrando que a eficácia da liderança tem um efeito direto, estatisticamente significativo na eficácia da equipa e na partilha de conhecimento no seio da equipa de enfermagem. Os resultados fornecem, portanto, suporte estatístico para as hipóteses H2, H3, H4 e H5.

Figura 5-Modelo estrutural com coeficientes padronizados



Notas: * Nível de Significância de 5% ** Nível de Significância de 1% *** Nível de Significância de 1%

Podemos verificar que os resultados da análise à relação entre o fator “eficácia da liderança” e o fator “desempenho da equipa” sugerem que a “eficácia da liderança” não tem um efeito direto no “desempenho das equipas” ($\beta = 0,05$; $p = 0,771$), não suportando a hipótese 1 deste estudo que indicava que “A eficácia da liderança influencia significativamente o desempenho das equipas de enfermagem.”

Os resultados da análise à trajetória entre o fator “eficácia da liderança” e o fator “eficácia das equipas” sugerem que a “eficácia da liderança” tem um efeito direto ($\beta = 0,25$; $p = 0,014$) estatisticamente significativo sobre a eficácia das equipas de enfermagem, proporcionando assim apoio à hipótese 2 “A eficácia da liderança percebida influencia significativamente a eficácia das equipas de enfermagem.”

A análise efetuada à relação entre o fator “eficácia da liderança” e o fator “partilha de conhecimento” sugere que a “eficácia da liderança” tem um efeito direto ($\beta = 0,45$; $p = 0,01$) e significativo na “partilha de conhecimento” o que atesta a hipótese 3 “A eficácia da liderança tem impacto significativo na partilha de conhecimento.”

Os resultados da análise à relação entre a “partilha de conhecimento” e o fator “eficácia das equipas” sugerem que a “partilha de conhecimento no seio da equipa” tem um efeito direto e significativo ($\beta = 0,46$; $p = 0,016$) na “eficácia da equipa de enfermagem” apoiando assim a hipótese 4 “A partilha de conhecimento influencia significativamente a eficácia das equipas de enfermagem.”

Para finalizar, os resultados da análise sugerem também que o fator “*eficácia das equipas*” tem um efeito direto e estatisticamente significativo ($\beta=0,77$; $p=0,008$) sobre a variável “*desempenho da equipa*”, sustentando assim a hipótese 5 “*A eficácia das equipas influencia significativamente o desempenho das equipas de enfermagem.*”

Os resultados dão assim suporte estatístico a todas as hipóteses formuladas, à exceção da hipótese 1 “*A eficácia da liderança percebida influencia significativamente o desempenho das equipas de enfermagem.*”

Para avaliar potenciais efeitos mediadores na influência da eficácia da liderança sobre a eficácia e o desempenho das equipas, aplicou-se o método de reamostragem *bootstrap*, cujos resultados se encontram sumariados na tabela 9. Os resultados da aplicação do método de reamostragem *bootstrap* leva a um cálculo preciso de intervalos de confiança para resultados de mediação, conforme proposto por vários autores (Shrout & Bolger, 2002).

O número de amostras foi adaptado a mil repetições, conforme sugerido por Cheung e Lau (2008). Resumidos na Tabela 9, os resultados realçam que a partilha do conhecimento tem um efeito mediador parcial na influência da eficácia da liderança na eficácia das equipas (efeito indireto significante = 0,205). A significância do efeito indireto é considerável, uma vez que cerca de 45% dos efeitos totais são mediados pela partilha do conhecimento. Além disso, observa-se ainda que, em conjunto, a partilha do conhecimento e a eficácia das equipas têm um efeito mediador na influência da eficácia da liderança no desempenho das equipas (efeito indireto significante = 0,350); esta mediação pode ser considerada total, visto que o modelo mostra a ausência de influência significativa da eficácia da liderança no desempenho das equipas.

Tabela 9– Outputs da aplicação do método *bootstrap* de reamostragem

	Eficácia da liderança			Eficácia das equipas	Partilha de conhecimento
	Efeito Direto	Efeito Indireto	Efeito Total		
Partilha de conhecimento	0,446**	0	0,446**	0	0
Eficácia das equipas	0,249*	0,205***	0,454***	0	0,459*
Desempenho as equipas	0,048	0,350***	0,398***	0,770***	0

Método utilizado para testar a significância dos efeitos: *Bias-corrected percentile method* (percentil com correção de polarização).

* Nível de Significância de 5% ** Nível de Significância de 1% *** Nível de Significância de 1%

Os resultados sugerem assim que, embora, aparentemente, a “*eficácia da liderança*” não tenha um efeito direto no “*desempenho das equipas*”, a partilha do conhecimento e a eficácia das equipas desempenham um papel mediador nessa relação, sendo que, de forma indireta, a “*eficácia da liderança*” acaba por ter um efeito total muito significativo ($p < 1\%$) no “*desempenho das equipas*”.

5. Discussão dos resultados

A gestão na saúde está sujeita a incessantes pressões sociais, políticas e económicas, para prestar serviços de qualidade e eficientes, ao menor custo. Isto traduz grandes desafios para os gestores das organizações de saúde. De facto, a gestão estratégica nas organizações de saúde tem vindo a ganhar notoriedade, porque, devido às restrições financeiras, as organizações são obrigadas a fazer mais e melhor, com menos recursos, sendo os colaboradores o recurso mais valioso. Neste contexto, o enfermeiro gestor é uns dos principais intervenientes, ao adotar compromissos com a organização, com o cliente e com os profissionais. A exigência de proporcionar um nível superior de desempenho profissional e de cuidados de enfermagem encontra-se associada a esses compromissos. Isso promove um ambiente humanizado e de responsabilidade permanente da equipa de enfermagem, fomentando um nível superior de desempenho.

A valorização dessas equipas, na gestão da saúde surge como um fator essencial para o êxito das organizações, sendo o sector da saúde dotado de especificidades, onde se lida com vidas, e onde não há (ou não deve haver) margem para falhas, nomeadamente por parte das equipas de saúde (enfermagem e médica).

Atualmente, a liderança tem sido uma temática que tem chamado as atenções dos investigadores na área da enfermagem, sendo o Brasil o país que mais estudos publica na língua portuguesa sobre a liderança.

O objetivo geral desta pesquisa foi o estudo da influência da eficácia da liderança percebida no desempenho da equipa de enfermagem, em contextos hospitalares.

Os resultados indicam, que a partilha de conhecimento tem um efeito mediador parcial na influência da eficácia da liderança na eficácia das equipas de enfermagem e que, em conjunto, a partilha de conhecimento e a eficácia das equipas de enfermagem têm um efeito mediador na influência da eficácia da liderança no desempenho das equipas de enfermagem. Essa mediação pode ser considerada total, visto que os resultados associados ao modelo estrutural

mostram a ausência de uma influência direta estatisticamente significativa, da eficácia da liderança no desempenho das equipas de enfermagem.

Em síntese, das cinco hipóteses desenvolvidas, quatro são suportadas estatisticamente. No que se refere à hipótese 1, embora os resultados obtidos não suportem estatisticamente a ideia de que a eficácia da liderança influencia significativamente o desempenho da equipa de enfermagem, os mesmos demonstram estatisticamente, que existe uma influência indireta significativa da eficácia da liderança no desempenho da equipa de enfermagem, mediada pela partilha de conhecimento e pela eficácia das equipas de enfermagem. Outros estudos prévios também contrariam a ideia de que a eficácia da liderança possa influenciar significativamente o desempenho das equipas de trabalho, como a investigação de Elyousfi, Anand e Dalmaso (2021) que demonstra que a perceção de liderança electrónica (que inclui a confiança dos líderes, a comunicação/coordenação do líder e o comportamento do líder) apresenta somente um pequeno efeito significativo no desempenho das equipas de trabalho virtuais públicas. No entanto, na maioria dos estudos as evidências apontam para a ideia de que a eficácia da liderança influencia significativamente o desempenho das equipas de trabalho. A investigação de Rousseau e Aubé (2020) demonstrou que nas organizações de segurança pública, os líderes das equipas, podem aprimorar o desempenho da sua equipa. Quando as equipas operam num ambiente dinâmico e complexo, a sua capacidade de adaptação a novas exigências é crucial para o sucesso organizacional. Também Choi, Yoon & Kim (2020) demonstraram num estudo a importância da integridade comportamental do líder como veículo para comportamentos de apoio dos membros da equipa que, por sua vez, energizam o desempenho dos colaboradores na sua função. Mahdikhani e Yazdani (2020) investigaram a liderança transformacional e a qualidade do serviço nas empresas na área de *e-commerce*, concluindo que a liderança transformacional tem um impacto positivo na qualidade do serviço e melhora o desempenho da equipa. O efeito da liderança transformacional na confiança interpessoal e a confiança no desempenho da equipa também são positivos e significativos.

Os resultados suportam a hipótese de que a eficácia da liderança percebida influencia significativamente a eficácia das equipas de enfermagem (Hipótese 2). Estudos anteriores têm vindo a sugerir que a excelência do cuidar é muitas vezes alcançada através da aspiração à excelência por parte da liderança de enfermagem (Huston, 2008). A evidência aponta para uma ligação forte entre os tipos de liderança e melhores *outcomes*, por exemplo em termos de erros de medicação, mortalidade, infeções nosocomiais e satisfação do utente. A eficácia da liderança tem pelo menos um efeito indireto positivo nos *outcomes*, na eficácia da equipa, pela inspiração e suporte provido a equipas experientes, mais maduras (Wood, 2021). Outras

investigações apontam para ideias similares, como o estudo desenvolvido por Trofino (2003) que demonstra que os enfermeiros dão importância aos líderes que valorizam as contribuições da sua equipa, que promovem a partilha de conhecimentos e exercem influência para um ambiente de trabalho estável. Além disso, à medida que a satisfação da equipa de enfermagem aumenta, a eficácia e o empenho extra também aumentam perante uma liderança eficaz. Como realçam Wranik, Price, Haydt, Edwards, Hatfield, Weir e Doria (2019), definições claras de papéis e da liderança são importantes para um bom trabalho em equipa.

No que respeita à hipótese 3, que sustenta que a eficácia da liderança tem impacto significativo na partilha de conhecimento, o resultado desta investigação vai de encontro a outros estudos, como os desenvolvidos por Du, Ai e Ren (2007) e Brown *et al.*, (2005), embora em sectores diferentes. Para uma liderança eficaz os líderes devem adotar um papel capaz de influenciar o comportamento dos seus liderados (Brown *et al.*, 2005). Neste contexto para aumentar a eficácia e melhorar os cuidados prestados ao doente, o trabalho em equipa parece ser a lógica dominante das organizações de saúde. No entanto, o método de construção destas equipas e as componentes relacionais, nessa estrutura, ainda parecem ser uma lacuna na literatura atual. A excelência nas organizações passa pela capacidade dos líderes em fomentar a união em equipas de trabalho e incentivar o trabalho de equipa.

O sucesso das organizações depende cada vez mais de cada colaborador saber trabalhar em equipa, partilhando conhecimento, ou seja, reconhecendo que todos podem aprender com todos. Segundo a opinião de vários profissionais, um ambiente hostil potencia o aumento de ocorrência de erros, sendo as dificuldades de relacionamento e falta de comunicação entre os colaboradores, os motivos mais citados pelas equipas para essa consequência (Chiu, Lin & Ostroff, 2021). Assim, os líderes devem fazer perceber a cada colaborador que trabalhar em equipa significa trabalhar em conjunto para a concretização de objetivos comuns, pelo que é importante que os líderes proporcionem um ambiente de aprendizagem, que encorajem a partilha de conhecimento em equipa com o objetivo de sustentar o sucesso a longo prazo das suas equipas de trabalho e conseqüentemente do sucesso organizacional (Chiu *et al.*, 2021).

Os líderes representam modelos, pois são detentores de uma variedade de predicados, como posição hierárquica, *status* e capacidade de influenciar o comportamento dos outros (Bandura, 1986). Uma vez que a partilha de conhecimento ajuda a obter vantagem competitiva (Casimir *et al.*, 2012), esta pode naturalmente afetar o sucesso das equipas e a subsistência das organizações (Lin, 2007). Relativamente à partilha de conhecimento, este estudo confirma que esta influência significativamente a eficácia das equipas de enfermagem,

confirmando a hipótese 4 e indo ao encontro de estudos como os desenvolvidos por Mueller (2015), Riege (2005) ou Sivakumar (2018), onde se sugere que o processo de partilha de conhecimento é essencial para a inovação, aprendizagem organizacional e aumento de produtividade.

No contexto particular da saúde, Silva *et al.* (2013) demonstraram na sua investigação que o trabalho em equipa pode, efetivamente, facilitar o trabalho dos profissionais de saúde. Como indicam Alonso e Dunleavy (2012), a eficácia do trabalho em equipa depende da capacidade de cada membro antecipar as necessidades dos outros, ajustar as suas ações às dos outros e às mudanças contextuais e de ter um conhecimento partilhado dos processos. Künzle, Kolbe e Grote (2010) realçam ainda que as equipas de cuidados críticos são mais eficazes se o comportamento do líder for claro, clarificando conseqüentemente os objetivos da equipa e aumentando a sua eficácia na tomada de decisão. West, Armit, Loewenthal, Eckert, West e Lee (2015) acrescentam que a clareza na liderança está também relacionada com a participação, a inovação e o comprometimento com a excelência dos serviços. Comportamentos de apoio, encorajamento e partilha de *feedback* por parte do líder ajudam ainda a manter um clima de trabalho positivo e motivam as equipas de cuidados críticos no decorrer do seu trabalho. A partilha de conhecimento, condiciona e melhora a eficácia das equipas de enfermagem como sugerido também no estudo de Doherty, Davies e Woodcock (2008) onde os enfermeiros referiram que a partilha de conhecimentos e experiências dos enfermeiros tiveram um impacto importante para capacitar as equipas dos lares. O capital humano por meio da partilha de conhecimento, influencia a aprendizagem da equipa (Singh, Mittal, Sengupta e Pradhan, 2019).

Finalmente, no que se refere à hipótese 5, as evidências apontam para a ideia de que a eficácia das equipas influencia significativamente o desempenho das equipas de enfermagem, corroborando estudos anteriores, desenvolvidos noutros contextos, como o de Lee *et al.*, (2020), onde os resultados mostram que um programa baseado numa combinação de palestras e simulações *online* produz melhorias significativas na eficácia da equipa dos participantes e no desempenho da equipa. Liwen *et al.*, (2020) demonstraram também que, a eficácia da equipa pode padronizar ainda mais os comportamentos da equipa.

A eficácia em termos de desempenho avalia o cumprimento de objetivos propostos e alcançados; logo a eficácia das equipas influencia o desempenho das mesmas. Uma equipa muito eficaz será uma equipa que cumpre todos os objetivos propostos e ultrapassa as metas definidas, mas tal não implica por si um desempenho brilhante. Quando a eficácia é obtida à

custa do gasto excessivo de recursos, com padrões de ineficiência elevados, então o desempenho global é afetado.

Em síntese, os resultados obtidos vão de encontro ao modelo conceptual proposto nesta investigação, excetuando a hipótese 1 (embora os resultados mostrem que a eficácia da liderança tem um efeito indireto significativo sobre o desempenho da equipa de enfermagem). Os resultados corroboram assim algumas linhas de investigação que enfatizam que a eficácia da liderança influencia a eficácia da equipa e a partilha de conhecimento, tais como as investigações de Lu, Zhou e Chen (2019), ou de Viswanathan, Lakshmi e Parveen (2019). Como realçam Reiter-Palmon e Royston (2017), as organizações por vezes enfrentam problemas complexos e frequentemente recorrem às suas equipas para resolvê-los, por serem ricas em diversas perspectivas, dotadas de conhecimento e experiência.

6. Conclusões, limitações e sugestões para futuras investigações

6.1. Conclusões

Presentemente, as organizações são forçadas a responder aos desafios de forma rápida e eficaz através de um desempenho de alta qualidade, o que requer uma maior interação entre os líderes e os seus colaboradores, levando assim à valorização do seu capital humano. A literatura aponta para a ideia de que este propósito só pode ser alcançado através de uma liderança eficaz.

A liderança tornou-se um fator relevante na vida das organizações, tendo um efeito decisivo no desempenho das equipas de enfermagem e na concretização dos objetivos delineados. Ou seja, o desempenho e a eficácia de uma equipa dependem em grande medida da capacidade de liderança. Assim, tendo em conta as evidências reportadas na literatura disponível em geral, e os resultados desta investigação, em particular, não há dúvida de que a liderança é um dos mecanismos essenciais para o sucesso das equipas de trabalho e, conseqüentemente, das organizações.

Esta investigação pretendeu analisar a influência da eficácia da liderança no desempenho das equipas de enfermagem, na eficácia da equipa e na partilha de conhecimento. Os resultados, obtidos através da análise de um conjunto de dados recolhidos em dois hospitais públicos portugueses, mostram que o modelo proposto se ajusta bem aos dados recolhidos e permite

concluir que a partilha de conhecimento tem um efeito mediador parcial na influência da eficácia da liderança na eficácia das equipas de enfermagem e que em conjunto, a partilha de conhecimento e a eficácia das equipas de enfermagem têm um efeito mediador na influência da eficácia da liderança no desempenho das equipas de enfermagem. Esse efeito indireto, pode ser considerada mediação total, visto que o modelo mostra a ausência de influência significativa da eficácia da liderança no desempenho das equipas de enfermagem.

Conclui-se então que a eficácia da liderança é parte essencial da gestão, pois influencia de forma indireta o desempenho das equipas de trabalho. Ou seja, cada vez mais, a liderança deve ser pensada como um potencial influenciador de atitudes, comportamentos e desempenho de indivíduos e de equipas de trabalho. A liderança a nível organizacional acontece somente quando os liderados (de própria vontade) optam por adotar o seu líder e as metas organizacionais.

Em termos práticos, o presente estudo revela-se importante pois contribui para realçar que as organizações de saúde necessitam procurar melhorar a eficácia ao nível das políticas de liderança e de gestão de serviços de saúde, por exemplo, com foco na preparação/desenvolvimento de futuros gestores líderes de serviços de saúde e na sustentabilidade das capacidades existentes. para o enfermeiro líder. Os resultados do estudo apontam ainda para a importância de se fomentar a partilha de conhecimento e de se desenvolver/implementar medidas nesse sentido e ainda de se colocar todos os meios necessários à disposição das equipas, incluindo formação, para que estas possam atuar de forma eficaz (atingindo assim todos os objetivos fixados). Ao nível teórico, esta investigação realça o papel mediador da partilha de conhecimento e da eficácia das equipas de enfermagem na influência da eficácia da liderança no desempenho das equipas de enfermagem, o que, ao nosso conhecimento, nunca foi testado, inclusivamente no contexto das unidades de saúde, contribuindo assim para um melhor conhecimento dos impactos da eficácia da liderança nas organizações de saúde, assim como um melhor entendimento dos antecedentes que influenciam de alguma forma o desempenho das equipas de enfermagem.

6.2. Limitações e sugestões para futuras investigações

Apesar das suas contribuições, este estudo apresenta algumas limitações que poderão e deverão ser consideradas em investigações futuras. De facto, os resultados desta investigação apresentam algumas limitações metodológicas e de contexto, que permitem abrir janelas de oportunidade para outras investigações cujos resultados seriam importantes, não apenas para o desenvolvimento do conhecimento teórico, mas também para uma atuação mais esclarecida por parte da gestão em contextos hospitalares. Os resultados desta investigação

podem ser uma base para o desenvolvimento de outros estudos orientados para explorar mais profundamente a natureza da relação entre as estratégias de liderança e o desempenho das equipas de enfermagem, que tanta influência podem ter ao nível de um desempenho sustentado das unidades hospitalares.

Os resultados obtidos são característicos do contexto específico estudado e, devem ser, portanto, percebidos com atenção se enquadrados noutros contextos ou em tentativas de generalização. Os dados foram recolhidos através de um questionário autoaplicável a enfermeiros de dois hospitais pertencentes ao serviço nacional de saúde. O contexto da saúde é dotado de uma série de particularidades (diferente dos restantes sectores de atividade), como por exemplo ao nível do “produto”, dos resultados, ou dos indicadores de produtividade. A prestação de cuidados em saúde pode ser considerada uma atividade de risco, pois envolve a eventualidade de acontecimentos incertos e por vezes indesejáveis, que podem originar muitas vezes desvios ou “erros”. Quando se trata de cuidar de seres humanos não há margem para falhas, nomeadamente por parte das equipas de saúde (enfermagem e médica), pois está em causa o bem mais precioso, a vida.

Outra limitação desta pesquisa reside no fato de serem utilizadas variáveis medidas através de perceções, cujos valores traduzem uma ambiguidade influenciada pelas características individuais de cada enfermeiro, envolvendo julgamentos pessoais e preconceitos; esses resultados podem apresentar variabilidade de acordo com, por exemplo, o serviço onde o profissional exerce funções e com a dependência do serviço em relação à liderança.

Embora considerada suficiente para a condução da investigação, nomeadamente ao nível do tratamento estatístico aplicado, é notório que uma amostra mais alargada teria conferido uma maior confiabilidade nos resultados. Atendendo à conjuntura atual de pandemia por SARS-COV 2 e, sendo o questionário aplicado em dois hospitais, dos quais um deles, linha da frente na resposta à pandemia, o processo de recolha de informação (em termos de respostas ao questionário) foi extremamente complicado e demorado. Esta é talvez a principal limitação pois, sendo este o instrumento de recolha de dados, seria importante que se conseguisse uma boa diversidade de respostas. No entanto, nem sempre os enfermeiros dispõem de tempo para participar neste tipo de estudo, tendo em conta que muitos se encontram com horários sobrecarregados; além disso, as limitações de circulação nos hospitais, devido ao risco de infeção, também limitaram de certa forma a entrega e colheita de informação que se demonstrou mais morosa. No futuro, no sentido de consolidar estes resultados seria importante replicar este estudo noutros estabelecimentos, em períodos menos sensíveis, permitindo assim taxas de resposta mais elevadas.

Sugere-se ainda, para estudos futuros, a replicação deste estudo em contextos diferentes do hospitalar, por exemplo nos cuidados de saúde primários, unidades de cuidados continuados, cuidados paliativos, onde as equipas de enfermagem são mais pequenas e apresentam outras características, assim como em diferentes países, onde existem culturas e sistemas de saúde diferentes, com o objetivo de alcançar um conjunto de proposições generalizáveis a uma maior variedade de contextos. Outra sugestão é esta base de evidência ser ampliada através da aplicação de estudos longitudinais que incluam diferentes mecanismos de influência da liderança nos diversos ambientes de exercício de cuidados de saúde.

Futuras investigações poderiam estender os resultados deste estudo, considerando a potencial influência de outras variáveis, por exemplo variáveis do ambiente (interno ou externo à organização), nas relações analisadas neste estudo. A utilização de medidas objetivas na operacionalização das variáveis eficácia e desempenho da equipa de enfermagem, por exemplo através de indicadores de produtividade, poderia também ajudar a reduzir a ambiguidade dos resultados.

Embora se possa mostrar que a partilha do conhecimento e a eficácia das equipas têm um efeito mediador na influência da eficácia da liderança no desempenho das equipas, podendo esta ser considerada mediação total, visto que o modelo mostra a ausência de influência significativa da eficácia da liderança no desempenho das equipas, esta investigação não é suficiente para compreender de forma clara e completa a natureza de tais relações, pois esta investigação baseou-se em dados de corte transversal. Essas relações (o impacto da liderança no desempenho da equipa de enfermagem) ocorrem ao longo do tempo e são relações dinâmicas, exigindo investimentos significativos ao longo do tempo; logo, os resultados pretendidos podem não ser imediatamente reconhecidos. Assim sendo, acredita-se que esta relação (entre liderança e liderados) pode variar ao longo do tempo, pelo que, várias extensões a esta pesquisa poderiam fornecer mais *insights* sobre a natureza complexa da influência do líder sobre os seus liderados. Tal raciocínio levaria ao uso de abordagens alternativas de pesquisa, como a condução de estudos de caso, de natureza longitudinal, que proveriam *insights* adicionais, mediante a consideração da natureza dinâmica dessa influência, permitindo assim um refinamento dos resultados, através da captura da natureza mutável da relação entre as diferentes estratégias de liderança e a evolução do desempenho das equipas.

7. Bibliografia

- Aarons, G.A., Ehrhart, M.G., Farahnak, L.E., & Hurlburt, M.S. (2015). Leadership and organizational change for implementation (LOCI): a randomized mixed method pilot study of a leadership and organization development intervention for evidence-based practice implementation. *Implementation Science*, 10, 11.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., & Busse R. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* 383 (9931), 1824– 1830.
- Alban-Metcalf, R. J., & Alimo-Metcalf, B. (2000). The transformational leadership questionnaire: a convergent and discriminant validation study. *Leadership & Organization Development Journal*, 21(6), 280-296.
- Alonso, A., & Dunleavy, D. (2012). Building teamwork skills in healthcare: the case for communication and coordination competencies. *Improving patient safety through teamwork and team training*. Oxford: Oxford University Press, United States of America, 41-58.
- Avolio, B. (2005), Leadership Development in Balance, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey.
- Avolio, B. J., & Bass, B. M. (2004). Multifactor leadership questionnaire: Manual and sample set. California: Mindgarden.
- Avolio, B. J., Bass, B. M. & Jung, D. I. (1995). MLQ Multifactor leadership questionnaire: Technical report. Palo Alto, Ca: Mindgarden.
- Baker, A. (1992). Transformational nursing leadership: A vision for the future, 1ª edição, Jones e Bartlett Pub, disponível em www.books.google.com, acessado em 18/05/2020.
- Balsanelli, A. P., Cunha, I. C. K. O., e Whitaker, I. Y. (2009). Estilos de liderança de enfermeiros em unidade de terapia intensiva: associação com o perfil pessoal, profissional e carga de trabalho. *Revista Latina-Americana de Enfermagem*, 17(1), 28-33.
- Bandura, A. (1971). Social learning theory. General Learning Press.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bartol, K. M., & Srivastava, A. (2002). Encouraging knowledge sharing: The role of organizational reward systems. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 9(1), 64-76.
- Bass, B. M. & Avolio, B. J. (1994). Improving organizational effectiveness: Through transformational leadership. Thousand Oaks, California, Edição Sage Publications.
- Bass, B. M. & Avolio, B. J. (2004). Multifactor leadership questionnaire. Menlo Park: Mindgarden, Inc.
- Bass, B. M. & Riggio, R. E. (2006). Transformational leadership (2ª edição). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bass, B. M. (1985). Leadership and performance beyond expectations. New York: Free Press.

- Bass, B. M. (1999). Two decades of research and development in transformational leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(1), 9-23.
- Bass, B. M., Avolio, B. J., Jung, D. I., & Bergson, Y. (2003). Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership, 88(2), 207–218.
- Bavik, L. Y., Tang, P. M., Shao, R., & Lam, L. W. (2017). Ethical leadership and employee knowledge sharing: Exploring dual-mediation paths. *The Leadership Quarterly*, 29(2), 322-332.
- Bedi, A., Alpaslan, C. M., & Green, S. (2016). A meta-analytic review of ethical leadership outcomes and moderators. *Journal of Business Ethics*, 139, 517-536.
- Bennis, W. (1999). The end of leadership: Exemplary leadership is impossible without full inclusion, initiatives, and cooperation of followers. *Organizational Dynamics*, 27(1), 1-7.
- Bennis, W. (2009). *On Becoming a Leader*. The Leadership Classic. Basic Books. New York: Basic Books.
- Bisoux, T. (2002). The mind of a leader. *Biz ed*, September/October, 26-31.
- Blegen, M.A., Goode, C.J., Spetz, J., Vaughn, T. & Park, S.H. (2011). Nurse staffing effects on patient outcomes: safety-net and non-safety-net hospitals. *Medical Care*, 49(4), 406– 414.
- Bock, G-W., Zmud, R. W., Kim, Y-G., & Lee, J-N. (2005). Behavioral intention formation in knowledge sharing: Examining the roles of extrinsic motivators, social-psychological forces, and organizational climate. *MIS Quarterly*, 29(1), 87-111.
- Bono, J. E., & Judge, T. A. (2004). Personality and transformational and transactional leadership: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 89(5), 901–910.
- Brandão, P. & Guimarães, T. (2001). Gestão de competências e gestão e desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto. *Revista de Administração de Empresas*, 41(1), 8-15.
- Brown, M. E., Treviño, L. K., & Harrison, D. A. (2005). Ethical Leadership: A Social Learning Perspective for Construct Development and Testing. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 97(2), 117-134.
- Bryman, A. (1992), *Charisma and Leadership in Organisations*. Newbury Park, Sage.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.
- Calheiros, A. (2015). Impactos e desenvolvimento da liderança autêntica. *Proelium- Revista da Academia Militar*, 7.
- Carless, S. A., Wearing, A. J., & Mann, L. (2000). A short measure of transformational leadership. *Journal of Business and Psychology*, 14(3), 389–405.
- Casimir, G., Lee, K., & Loon, M. (2012). Knowledge sharing: influences of trust, commitment and cost. *Journal of Knowledge Management*, 16(5), 740-753.

- Chen, C., Ho, Y., & Chan, L. (2010). Team implicit coordination in manufactory industry: Assessing the mediating role of empowering leadership and team efficacy. *International Symposium on Computer, Communication, Control and Automation (3CA)*, 2, 459-462.
- Cheung, G. W., & Lau, R. S. (2008). Testing Mediation and Suppression Effects of Latent Variables: Bootstrapping With Structural Equation Models. *Organizational Research Methods*, 11(2), 296–325.
- Chiu, C., Lin, H., & Ostroff, C. (2021). Fostering team learning orientation magnitude and strength: Roles of transformational leadership, team personality heterogeneity, and behavioural integration. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 94 (1), 187-216.
- Choi, Y., Yoon, D. J., & Kim, D. (2020). Leader behavioral integrity and employee in-role performance: The roles of coworker support and job autonomy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (12), 1-14.
- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1994). Charismatic leadership in organizations: Perceived behavioral attributes and their measurement. *Journal of Organizational Behavior*, 15, 439-452.
- Cooke, N. J., Gorman, J. C., Myers, C. W., & Duran, J. L. (2013). *Interactive team cognition*. *Cognitive Science*, 37(2), 255-285.
- Cooper, S., Cant, R., Porter, J., Sellick, K., Somers, G., Kinsman, L., & Nestel, D. (2010). Rating medical emergency teamwork performance: Development of the Team Emergency Assessment Measure (TEAM). *Resuscitation*, 81(4), 446–452.
- Cummings, T. G. (1978). Self-regulating work groups: A socio-technical synthesis. *Academy of Management Review*, 3, 625 – 634.
- Cunha, M. P. E., Rego, A., Cunha, R., & Cabral-Cardoso, C. (2003). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. (1.ª edição) Editora RH.
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cabral- Cardoso, C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: Editora RH.
- Cunha, M. P., Cunha, R. C., Rego, A., Neves, P., & Cabral- Cardoso, C. (2016). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (8ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Curado, C. (2018). Human resource management contribution to innovation in small and medium-sized enterprises: A mixed methods approach. *Creativity and Innovation Management*, 1-12.
- Davenport, T.H., Prusak, L. (1998). *Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know*. Harvard Business School Press, Boston.
- Dias, M. (2003). Liderança e mudanças na educação. Cadernos. Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v.9, n.3, p.112-116, jul./ set.
- Dimas, I., Alves, M., Lourenço, P., Rebelo, T. (2016). *Equipas de Trabalho: Instrumentos de avaliação* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Doherty, D., Davies, S., & Woodcock, L. (2008). Examining the impact of a specialist care homes support team. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))* : 1987), 23 (5), 35-41.
- Du, R., Ai, S., & Ren, Y. (2007). Relationship between knowledge sharing and performance: A survey in Xi'an, China. *Expert Systems with Applications*, 32: 38-46.
- Duffield, C., Diers, D. & O'Brien-Pallas, L. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24, 244– 255.
- Duluc, A. (2000). Liderança e Confiança: Desenvolver o capital humano para organizações competitivas. Lisboa: Instituto Piaget.
- Duncan, S., Rodney, P.A. & Thorne, S. (2014). Forging a strong nursing future: insights from the Canadian context. *Journal of Research in Nursing* 19(7–8), 621– 633.
- Elyousfi, F., Anand, A., & Dalmasso, A. (2021). Impact of e-leadership and team dynamics on virtual team performance in a public organization. *International Journal of Public Sector Management*, doi:10.1108/IJPSM-08-2020-0218. Employees behavior toward knowledge sharing. *Social Behavior and Personality*, 46(5), 705-720.
- Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., Ricker, K. L., & Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing research*, 54(2), 74–84.
- Evans, M. M. (2013). Is trust the most important human factor influencing knowledge sharing in organisations?. *Journal of Information & Knowledge Management*, 12(04), 1350038.
- Fernandes, B.H.; Fleury, M.T. e Mills, J. (2006). Construindo o diálogo entre competência, recursos e desempenho organizacional. *Revista de Administração de Empresas*, 46(4), 48-65.
- Fernandes, R., Araújo, B., & Pereira, F. (2018). Nursing management and leadership approaches from the perspective of registered nurses in Portugal. *Journal of Hospital Administration*, 7(3), 1-8.
- Fiedler, F. E. (1978). The Contingency Model and the Dynamics of the Leadership Process. *Advances in Experimental Social Psychology*, 11, 59–112.
- Fornell, C., & Larcker, D. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Fullan, M. (2003). Liderar numa cultura de mudança. Porto: Edições Asa.
- Guhr, N., Lebek, B., & Breitner, M.H. (2018). The impact of leadership on employees intended information security behaviour: An examination of the full-range leadership theory. *Information Systems Journal - Wiley Online Library*, 1-23.
- Gully, S. M., Incalcaterra, K. A., Joshi, A., & Beaubien, J. M. (2002). A meta-analysis of team-efficacy, potency, and performance: Interdependence and level of analysis as moderators of observed relationships. *Journal of Applied Psychology*, 87(5), 819–832.
- Hackman, J. R., & Katz, N. (2010). Group behavior and performance. Handbook of social psychology. doi: 10.1002/9780470561119.socpsy002032.

- Hackman, J.R. (1987). The design of work teams. *The Handbook of organizational behavior*. Baylor University Libraries 315–342.
- Hair, J.; Black, W.; Babin, B. & Anderson, R. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). USA, New York: Prentice-Hall.
- Hassan, S. (2013). The importance of role clarification in workgroups: Effects on perceived role clarity, work satisfaction, and turnover rates. *Public Administration Review*, 73(5), 716–725. doi:10.1111/puar.12100.
- Hersey, P. & Blanchard, K. H. (1996). *Management of organizational Behavior* (7st ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Hinkin, T. R., & Schriesheim, C. A. (2008). A theoretical and empirical examination of the transactional and non-leadership dimensions of the Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ). *The Leadership Quarterly*, 19(5), 501-513.
- Hoch, J. E., Bommer, W. H., Dulebohn, J. H., & Wu, D. (2018). Do ethical, authentic, and servant leadership explain variance above and beyond transformational leadership? A meta-analysis. *Journal of Management*, 44(2), 501–529.
- Hsu, M.H., Yen, C.H., Chiu, C.M. & Chang, C.-M. (2006) A Longitudinal Investigation of Continued Online Shopping Behavior: An Extension of the Theory of Planned Behavior. *International Journal of Human-Computer Studies*, 64, 889-904.
- Hu, B. & Zhao Y. (2016). Creative self-efficacy mediates the relationship between knowledge sharing and employee innovation. *Social behavior and personality*, 44(5), 815-826.
- Huston, C. (2008). Preparing nurse leaders for 2020. *Journal of nursing management*, 16(8), 905–911.
- Ilgen, D. R., Hollenbeck, J. R., Johnson, M., & Jundt, D. (2005). Teams in organizations: From input-process-output models to IMOI models. *Annu. Revista Psicologia*, 56, 517-543.
- Ipe, M. (2003). Knowledge sharing in organizations: A conceptual framework. *Human resource development review*, 2(4), 337-359.
- Jensen, U. T., Andersen, L. B., Bro, L. L., Bøllingtoft, A., Eriksen, T. L. M., Holten, A. L., & Westergård-Nielsen, N. (2019). Conceptualizing and measuring transformational and transactional leadership. *Administration & Society*, 51, 3–33.
- Joe, S. W., & Lin, C. P. (2008). Learning online community citizenship behavior: a socio-cognitive model. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 11(3), 367–370.
- Joe, S.-W., Tsai, Y.-H., Lin, C.-P., & Liu, W.-T. (2014). Modeling team performance and its determinants in high-tech industries: Future trends of virtual teaming. *Technological Forecasting and Social Change*, 88, 16–25.
- Kahai, S. S., Sosik, J. J., & Avolio, B. J. (1997). Effects of leadership style and problem structure on work group process and outcomes in an electronic meeting system environment. *Personnel psychology*, 50(1), 121-146.

- Kline, R. (2011). Convergence of structural equation modeling and multilevel modeling. *In The SAGE handbook of innovation in social research methods*, 562-589. SAGE Publications Ltd.
- Komives, S.R., & Wendy, W. (2017). *Leadership for a Better World: Understanding the Social Change Model of Leadership Development*. 2ª Edição. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (1990). *The Leadership Practices Inventory:(LPI): a Self-assessment and Analysis*. University Associates.
- Künzle, B., Kolbe, M., & Grote, G. (2010). Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: a literature review. *Safety science*, 48(1), 1-17.
- Le, P. B., & Lei, H. (2018). Fostering knowledge sharing behaviours through ethical leadership practice: The mediating roles of disclosure-based trust and reliance-based trust in leadership. *Knowledge Management Research & Practice*, 16(2), 183-195.
- Lee, J. (2018). The effects of knowledge sharing on individual creativity in higher education institutions: socio-technical view. *Administrative Sciences*, 8(2), 21.
- Lee, P., Gillespie, N., Mann, L., & Wearing, A. (2010). Leadership and trust: Their effect on knowledge sharing and team performance. *Management learning*, 41(4), 473-491.
- Lee, S. J., Park, M. S., Kwon, D. Y., Kim, Y., & Chang, S. O. (2020). The development and effectiveness of combining case-based online lecture and simulation programs to facilitate interprofessional function care training in nursing homes. *Computers Informatics Nursing*, 38(12), 646-656.
- Levy, M., Loebbecke, C., & Powell, P. (2003). SMEs, co-opetition and knowledge sharing: the role of information systems. *European Journal of Information Systems*, 12(1), 3-17.
- Lin, H. (2007). Knowledge sharing and firm innovation capability: an empirical study. *International Journal of Manpower*, 28 (3), 315-332.
- Lin, L. (2010). *Impact of the revised life-review program on quality of life for residents with Alzheimer's disease in South Taiwan's long-term care facilities*. Tese de doutoramento, University of Minnesota, Estados Unidos da América.
- Liu, J., Siu, O. L., & Shi, K. (2010). Transformational leadership and employee well-being: The mediating role of trust in the leader and self-efficacy. *Applied Psychology*, 59(3), 454-479.
- Liwen, Z., Ranran, Y., Yuanyuan, Z., Ying, Y., Huihui, W., Na, J., & Yonghao, Z. (2020). Application of early exercise safety management in patients undergoing mechanical ventilation in intensive care unit. *Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue*, 32(7), 840-845.
- Li-Ying, J., Paunova, M., & Egerod, I. (2016). Knowledge sharing behaviour and intensive care nurse innovation: the moderating role of control of care quality. *Journal Nursing Manage*, 24(7), 943-953.
- Loureiro, L. (2003). *Gestão do conhecimento*. Lisboa: Editora Centro Atlântico.
- Lourenço, M. R., & Trevizan, M. A. (2001). Líderes da enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança & enfermagem. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 9(3), 14-19.

- Lourenço, P. R. (1993). Liderança: Processo de emergência nos grupos e organizações. Síntese no âmbito das provas de aptidão pedagógica e capacidade científica, Universidade de Coimbra.
- Lu, X., Zhou, H., & Chen, S. (2019). Facilitate knowledge sharing by leading ethically: The role of organizational concern and impression management climate. *Journal of Business and Psychology*, 34(4), 539-553.
- Luthans, F. (2011). *Organizational behavior: Na evidence-based approach*. New York: MagGraw-Hill.
- Magnier-Watanabe, R., & Benton, C. (2017). Management innovation and firm performance: the mediating effects of tacit and explicit knowledge. *Knowl. Manage. Res. Practice*; 15(3), 325–335.
- Mahdikhani, M., & Yazdani, B. (2020). Transformational leadership and service quality in e-commerce businesses: The role of trust and team performance. *International Journal of Law and Management*, 62 (1), 23-46.
- Manges, K., Scott-Cawiezell, J., & Ward, M. M. (2017). Maximizing Team Performance: The Critical Role of the Nurse Leader. *Nursing forum*, 52(1), 21–29.
- Maravilhas, S., & Martins, J. (2019). Strategic knowledge management a digital environment: tacit and explicit knowledge in fab labs. *Journal Business Res.*,94, 353–359.
- Marôco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas ?.*Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65–90.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marques-Quinteiro, P., Ramos-Villagrasa, P., Passos, A., & Curral, L. (2015). Measuring adaptive performance in individuals and teams. *Team Performance Management*, 21(7/8), 339-360.
- Mathieu, J. E., & Rapp, T. L. (2009). Laying the foundation for successful team performance trajectories: The roles of team charters and performance strategies. *Journal of Applied Psychology*, 94(1), 90–103.
- Matitz, Q. R. S., & Bulgacov, S. (2011). O conceito desempenho em estudos organizacionais e estratégia: um modelo de análise multidimensional. *Revista de Administração Contemporânea*, 15(4), 580-607.
- McGrath, J. E. (1984). *Groups: Interaction and performance* (Vol. 14). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Mickan, S. M., & Rodger, S. A. (2005). Effective Health Care Teams: A model of six characteristics developed from shared perceptions. *Journal of Interprofessional Care*, 19(4), 358–370.
- Mittal, R. & Dorfman, P. W. (2012). Servant leadership across cultures. *Journal of World Business, Elsevier*, 47(4), 555-570.
- Monteiro, I., P. (1999). Hospital: uma organização de profissionais. *Revista Análise Psicológica*,17 (2), 317-325.
- Montserrat, X. (2004). *Como motivar – Dinâmicas para o sucesso*. Porto: Edições.

- Mosley, D. C., Jr., Boyar, S. L., Carson, C. M., & Pearson, A. W. (2008). A production self-efficacy scale: An exploratory study. *Journal of Managerial Issues*, 20, 272–285.
- Mueller, J. (2015). Formal and informal practices of knowledge sharing between project teams and enacted cultural characteristics. *Project Management Journal*, 46(1), 53-68.
- Northouse, P. G.(2016). *Leadership: Theory and practice (7a ed.)*. Thousand Oaks, California: SAGE.
- O'Leary, M., & Mortensen, M. (2010). Go (Con)figure: Subgroups, Imbalance, and Isolates in Geographically Dispersed Teams. *Organization Science*, 21(1), 115-131.
- Orvik, A., Vågen S.R., Axelsson S.B. & Axelsson R. (2015). Quality, efficiency and integrity: value squeezes in management of hospital wards. *Journal of Nursing Management* 23(1), 65– 74.
- Page, A. E. K. (2004). Transforming Nurses. Work Environments to Improve Patient Safety: The Institute of Medicine Recommendations. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 5(4), 250–258.
- Pajares, F. (1997). Current directions in self-efficacy research. *Advances in motivation and achievement*, 10(149), 1-49.
- Palese, A., Mesaglio, M., De Lucia, P., Guardini, I., Dal Forno, M., Vesca, R., Boschetti, B., Noacco, M., & Salmaso, D. (2013). Nursing effectiveness in Italy: findings from a grounded theory study. *Journal of nursing management*, 21(2), 251–262.
- Passos, A. M. (2005). Contributos para a explicação do funcionamento das equipas de trabalho o papel da diversidade e do conflito intragrupal. Dissertação de Doutoramento em psicologia, especialização em comportamento organizacional, apresentada ao Instituto Superior das Ciências do Trabalho e das Empresas – Instituto Universitário de Lisboa.
- Peralta, C. F., & Saldanha, M. F. (2014). Knowledge-centered culture and knowledge sharing: The moderator role of trust propensity. *Journal of Knowledge Management*, 18(3), 538-550.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS (6ª ed.) Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Phong, L. B., Hui, L., & Son, T. T. (2018). How leadership and trust in leaders foster employees-behavior toward knowledge sharing. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 46(5), 705-720.
- Pinho, M. C. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências e Cognição*, 8, 68-87.
- Podsakoff, P., Mackenzie, S., Moorman, S. & Fetter, R. (1990). Transformational leader behaviors and their effects on followers trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behaviors. *Leadership Quarterly*, 1, 107-142.
- Polit, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P., & Thorell, A. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed.
- Portal da Justiça .(26 junho de 2020). Portal da justiça federal: portal do desenvolvimento obtido de: <https://portal.cjf.jus.br/cjf/banco-de-conteudos-1/a-competencia-para-viver-em-equipe>

- Posner, B. Z., & Kouzes, J. M. (1990). Leadership Practices: An Alternative to the Psychological Perspective. Measures of Leadership. Ed. Kenneth E. Clark and Miriam B. Clark. West Orange, New Jersey: Leadership Library of America, 1990. 205-15.
- Prussia, G. E., & Kinicki, A. J. (1996). A motivational investigation of group effectiveness using social-cognitive theory. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 187–198.
- Reis, V. (2007). *Gestão em Saúde: um espaço de diferença*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Reiter-Palmon, R., & Royston, R. P. (2017). Leading for creativity: How leaders manage creative teams. In Handbook of research on leadership and creativity. Edward Elgar Publishing.
- Richter, A. W., Scully, J., & West, M. A. (2005). Intergroup conflict and intergroup effectiveness in organizations: theory and scale development. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14(2), 177-203.
- Rico, R., Alcover de la Hera, C. M., & Taberner, C. (2010). Work Team Effectiveness, a Review of Research over the last Decade (1999-2009). *Revista de Psicología Del Trabajo Y de Las Organizaciones*, 26(1), 47–71.
- Riege, A. (2005). Three-dozen knowledge-sharing barriers managers must consider. *Journal of Knowledge Management*, 9(3), 18-35.
- Robbins, S. P. (1994). *Essentials of organizational behavior* (4th ed). Upper.
- Rodriguez, L. E. O., Oliveira, J. K. A., Neto, D. L., & Campos, M. P. A. (2015). Nurses leadership evaluation by nursing aides and technicians according to the 360-degree feedback method. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4), 29-36.
- Rogers, J., Révesz, A., & Rebuschat, P. (2015). Implicit and explicit knowledge of inflectional morphology. *Appl. Psycholinguistics*, 1, 1–32.
- Rotundo, M., & Rotman, J. L. (2002). Defining and measuring individual level job performance: A review and integration. *Journal of Applied Psychology*, 90(5), 225-254.
- Rousseau, V., & Aubé, C. (2020). Disentangling the relationship between empowering leader behaviors and adaptive performance in work teams. *Group Processes and Intergroup Relations*, 23(5), 761-777.
- Ruggles, R. (1998). The state of the notion: knowledge management in practice. *California management review*, 40(3), 80-89.
- Salas, E., Cooke, N. J., & Rosen, M. A. (2008). On teams, teamwork, and team performance: Discoveries and developments. *Human factors*, 50(3), 540-547.
- Salter, C., Harris, M., & McCormack, J. (2014). Bass & Avolio's Full Range Leadership Model and Moral Development. *E-Leader Milan*.
- Schmutz, J. B., Meier, L. L., & Manser, T. (2019). How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 9(9), e028280. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028280>

- Schreuder, J. A., Roelen, C. A., Van Zweeden, N. F., Jongsma, D., Van der Klink, J. J., & Groothoff, J. W. (2011). Leadership effectiveness and recorded sickness absence among nursing staff: a cross-sectional pilot study. *Journal of nursing management*, 19(5), 585–595.
- Senior, B., & Swailes, S. (2007). Inside Management Teams: Developing a Teamwork Survey Instrument. *British Journal of Management*, 18(2), 138–153.
- Sergiovanni, T.J. (2004). O mundo da liderança: desenvolver culturas, práticas e responsabilidade pessoal nas escolas. Porto: Edições ASA.
- Sfantou, D. F., Laliotis, A., Patelarou, A. E., Sifaki-Pistolla, D., Matalliotakis, M., & Patelarou, E. (2017). Importance of Leadership Style towards. *Quality of Care Measures in Healthcare Settings. A Systematic Review. Healthcare (Basel, Switzerland)*, 5(4), 73.
- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: new procedures and recommendations. *Psychological methods*, 7(4), 422.
- Silva, B., L. M. T., Kishore, A., Reis, G. G., Baptista, L. L., & Medeiros, C. A. F. (2013). Cultura organizacional e liderança: uma relação possível?. *Revista de Administração*, 48(1), 34-52.
- Silva, F. H. C. (2012). A atuação dos enfermeiros como gestores em Unidades Básicas de Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 1(1), 67-82.
- Singh, S. K., Mittal, S., Sengupta, A., & Pradhan, R. K. (2019). A dual-pathway model of knowledge exchange: Linking human and psychosocial capital with prosocial knowledge effectiveness. *Journal of Knowledge Management*, 2 (5), 889-914.
- Siqueira, M. M. M. (2002). Medidas do comportamento organizacional. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(9), 11-18.
- Sivakumar, K. (2018). Knowledge indicators for implementation of knowledge creation: a critical examination using structural equation modeling. *The IUP Journal of Knowledge Management*, 16(3), 30-43.
- Sivanathan, N. & Fekken, C.G. (2002). Emotional intelligence, moral reasoning and transformational leadership. *Leadership & Organization Development Journal*, 23(4), 198-204.
- Sorenson, R.L. (2000). The contribution of leadership styles and practices to family and business success. *Family Business Review*, 8(3), 183-200.
- Sosik, J.J. & Jung, D.I. (2010). Full Range Leadership Development: Pathways for People, Profit, and Planet. *Psychology Press*, New York.
- Sousa, P. (2006). Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 309-318.
- Stewart, J. (2006). Transformational leadership: An evolving concept examined through the works of Burns, Bass, Avolio, and Leithwood. *Canadian Journal of Educational Administration and Policy*, 54(1), 1–29.
- Tappeen, R. M. (2005). Liderança e Administração em enfermagem: Conceitos e Prática. Loures: Lusociência.

- Teixeira, S. (1998). *Gestão das organizações*. Alfragide: Editora McGraw.Hill
- Teixeira, S. (2013). *Gestão das organizações (3ªed)*. Lisboa: Escolar Editora.
- Timmermans, O., Linge, R. V., Van Petegem, P., & Denekens, J. (2012). Team learning and innovation in nursing teams: Results of a comprehensive research project. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(4).
- Tolfo, S. R. (2000). Macro tendências de organização do trabalho e possibilidade de crescimento humano: práticas, limites e perspectivas em uma empresa do setor cerâmico de Santa Catarina. Porto Alegre: UFRGS/PPGA.
- Trofino, J. (2003). Transformational leadership: the catalyst for successful change. *International Nursing Review*, 40(6), 179-82.
- Tsai, Y.h., Lin, C.P., Chiu, C.K. & Joe, S.W. (2009). Understanding learning behavior using location and prior performance as moderators. *The Social Science Journal*, 46(4), 787-799.
- Van Beveren, P. Q. F. (2015). *Liderança transformacional e autonomia grupal: Adaptação de instrumentos de medida (tese de mestrado não publicada)*. Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Van Emmerik, H., Jawahar, I.M., Schreurs, B. & de Cuyper, N. (2011). Social capital, team efficacy and team potency: The mediating role of team learning behaviors. *Career Development International*,16(1), 82-99.
- Vera, D., & Crossan, M. (2004). Strategic leadership and organizational learning. *Academy of management review*, 29(2), 222-240.
- Vicente, Â., Rodrigues, B. S., & D'Oliveira, T. C. (2014). Escala de Eficácia de Equipas (3Es): Adaptação para o contexto Português. *Laboratório de Psicologia*,12(1), 3-13.
- Viswanathan, R., Lakshmi, D., & Parveen, J. (2019). Determinants of team climate and team trust on team performance-an extensive examination. *International Journal of Recent Technology and Engineering*, 8(2 Special Issue 4), 573-576.
- Waldman, D. A., Ramirez, G. G., House, R. J., & Puranam, P. (2001). Does leadership matter? CEO leadership attributes and profitability under conditions of perceived environmental uncertainty. *Academy of management journal*,44(1), 134-143.
- Walumbwa, F. O., Avolio, B. J., Gardner, W. L., Wernsing, T. S., & Peterson, S. J.(2008).Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management*, 34 (1), 89–126.
- Wang, C-C. (2004). The influence of ethical and self-interest concerns on knowledge sharing intentions among managers: An empirical study. *International journal of management*, 21(3), 370.
- West, M., Armit, K., Loewenthal, L., Eckert, R., West, T. & Lee, A. (2015) *Leadership and Leadership.Development in Healthcare: The Evidence Base*. London, Faculty of Medical Leadership and Management.

- Wood, C. (2021). Leadership and management for nurses working at an advanced level. *British Journal of Nursing*, 30(5), 282-286.
- Wranik, W. D., Price, S., Haydt, S. M., Edwards, J., Hatfield, K., Weir, J., & Doria, N. (2019). Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. *Health Policy*, 123(6), 550-563.
- Wu, F (2009). The relationship between leadership styles and foreign english teachers Job satisfaction in adult english cram schools: evidences in Taiwan. *The Journal of American Academy of Business*, 14 (2),75-82.
- Yoo, K.H., Zhang, Y.A., & Yun, E.K. (2019). Registered Nurses (RNs)' knowledge sharing and decision-making: the mediating role of organizational trust. *International Nursing Review*; Vol. 16, 2, 234-241.
- Yukl, G. (1999). An evaluation of conceptual weaknesses in transformational and charis matic leadership theories. *The Leadership Quarterly*, 10(2), 285-305.
- Yukl, G. A. (1994). *Leadership in organizations* (3 ed.) Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Yukl, G. (2013). *Leadership in organizations* (8a ed.). Upper Saddle River: New Jersey, Prentice Hall.
- Zaccaro, S. J., Rittman, A. L., & Marks, M. A. (2001). Team leadership. *The leadership quarterly*,12(4), 451-483.
- Zhang, Y. (2017). *A framework to improve modular construction manufacturing production line performance*. Thesis Master of Science, University of Alberta Libraries, Canadian.

Anexos

Anexo 1- Autorização para aplicação do questionário na U.L.S. da Guarda

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE		SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	
--	---	--------------------------------------	---

Exma. Senhora
Enf.º Andreia Inês Fernandes Pacheco
Rua Dr. Francisco Pissarra de Matos
N.º 29 - R/C - Cave Dta.
6300-693 Guarda

S4148 02371 20-03-04 1005

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA N.º: PROC. N.º:	DATA 03-03-2020
----------------	--------------------	--	--------------------

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de um trabalho académico no Hospital Sousa Martins da ULS da Guarda intitulado "O impacto da eficácia da liderança percebida no desempenho da equipa de enfermagem"

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V/Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, da ULS da Guarda, E.P.E., nada temos a opor à realização do estudo e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração
Dr.ª Isabel Coelho
Presidente do Conselho de Administração
U.L.S. da Guarda, E.P.E.
(Dr.ª Isabel Coelho)

IC/IM




Gabinete do Conselho de Administração
Av.ª Rainha D. Amélia s/n 6301-858 Guarda, PORTUGAL
TEL + 351 271 200 200
EMAIL secretariado.ca@ulsguarda.min-saude.pt
www.portugal.gov.pt



1/1

Anexo 2- Autorização para aplicação do questionário no Centro Hospitalar e Universitário Cova da Beira

	
Assunto: Projecto de Investigação n.º 5/2020- "O impacto da eficácia da liderança percebida no d..."	
Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	Nº: 42/2020
De: Gabinete de Investigação e Inovação	Data: 22-06-2020

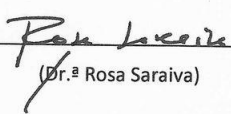
Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de Andreia Inês Fernandes Pacheco, aluna da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "O impacto da eficácia da liderança percebida no desempenho da equipa de enfermagem", a realizar nos Serviços de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Especialidades Médicas deste Centro Hospitalar.

Envio ainda o parecer nº 31/2020, emitido pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Serviço de Investigação, Epidemiologia e Saúde Pública.

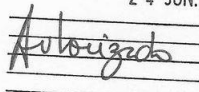
Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,


(Dr.ª Rosa Saraiva)

RS/RS

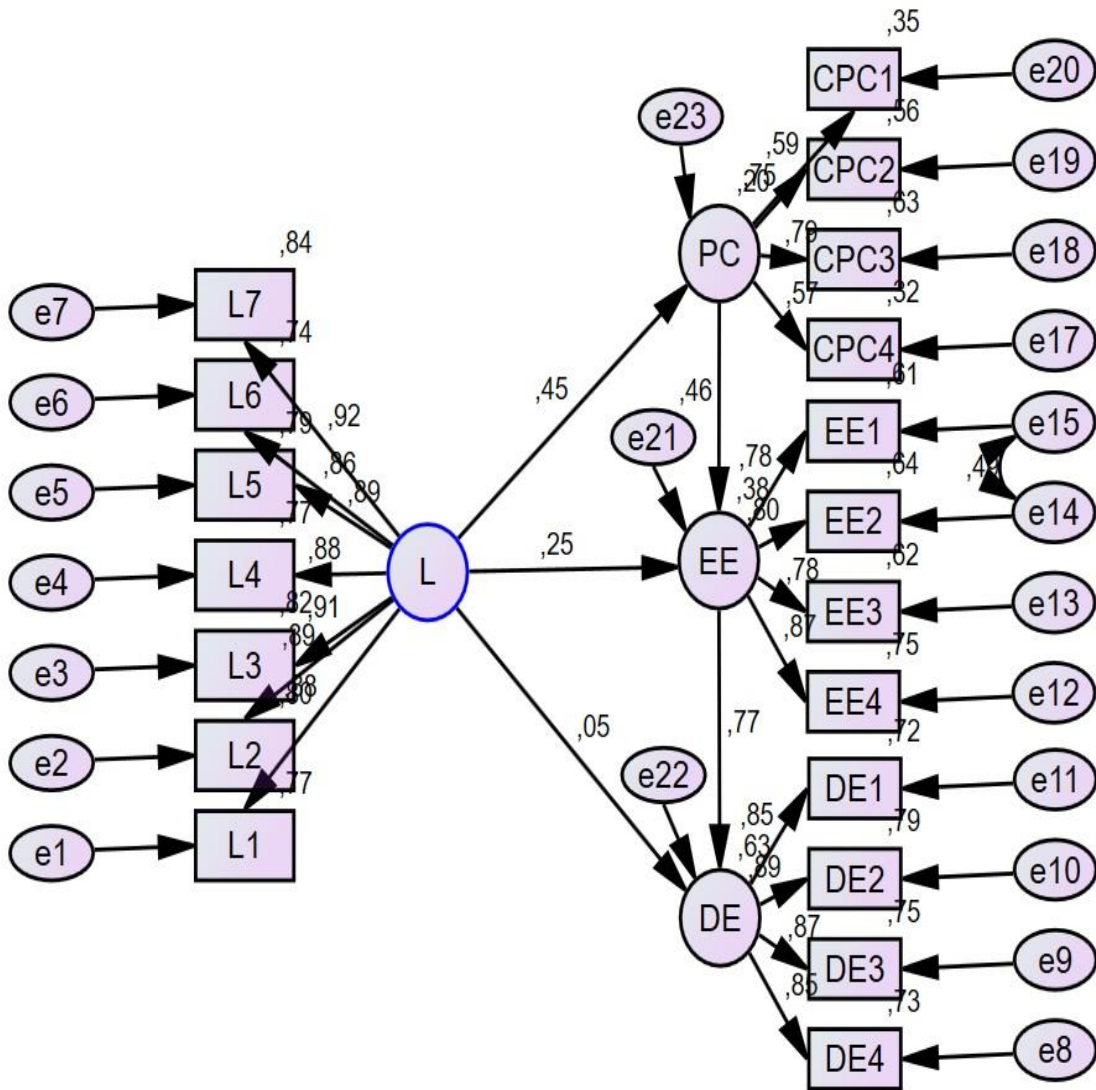
C.H.U.C.B., EPE
Reunião de C.A. em 24 JUN. 2020


Autorizado

Presidente e Diretor Clínico:
Dr. João Casarêiro

Vogais Executivas:
Dr. Vitor Mota
Dra. Sandra Duarte
Enf. Paula Rodrigo

Anexo 3- Modelo estrutural com coeficientes estandardizadas





Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

QUESTIONÁRIO

Titulo do trabalho

“A influência da eficácia da liderança percebida no desempenho da equipa de enfermagem”

No âmbito do curso de Gestão em Unidades de Saúde, da Universidade da Beira Interior, encontramos a desenvolver um trabalho de investigação, essencial para a realização da Dissertação de Mestrado, com objetivo de conhecer o impacto da eficácia da liderança no desempenho da equipa de enfermagem

Vimos respeitosamente solicitar-lhe o preenchimento deste questionário, que assume elevada importância, sem o qual a realização do estudo não será possível.

O preenchimento do mesmo demora aproximadamente cinco minutos.

Este questionário é confidencial e as respostas serão totalmente anónimas.

Covilhã, 2020

Assinale com uma X (cruz) a resposta adequada ao seu caso ou complete-a, se for caso disso.

-Parte I-

1-**Género:** Masculino Feminino

2- **Idade:** ____ anos

3- **Habilitações Académicas:** Bacharelato Licenciatura Formação Complementar (Pós-graduação, Mestrado, Doutorado, especialidade, etc).

4- **Categoria Profissional:** Enfermeiro Enfermeiro Graduado Enfermeiro Especialista

5- **Tempo de exercício profissional:** ____ anos

6- **Serviço onde exerce funções atualmente:** _____

7- **Tempo de trabalho no serviço onde exerce funções atualmente:** ____ anos

-Parte II-

Seguidamente apresentamos um instrumento de medida que avalia os comportamentos de liderança exibidos pelo seu líder. Assinale com uma cruz (x) o valor que melhor se adequa ao que lhe é apresentado em cada afirmação, utilizando uma escala que varia entre 1 (quase não se aplica) e 5 (aplica-se quase totalmente).

O meu líder:

	Quase não se aplica 1	Aplica-se pouco 2	Aplica-se moderadamente 3	Aplica-se muito 4	Aplica-se quase totalmente 5
Comunica uma visão clara e positiva do futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trata os seus colaboradores de forma individualizada, apoiando e encorajando o seu desenvolvimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encoraja e atribui reconhecimento aos seus colaboradores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promove a confiança, o envolvimento e a cooperação entre os membros da equipa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimula os membros a pensarem de novas formas nos problemas e questiona as ideias feitas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É claro acerca dos seus valores e pratica o que defende.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incute orgulho e respeito nos outros e inspira-me por ser altamente competente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2) Avalie o desempenho e a eficácia da sua equipa de trabalho indicando o seu grau de concordância com as seguintes afirmações numa escala de 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Totalmente).

Desempenho da equipa	Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Neutro 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
O espírito colaborativo na minha equipa reduz a repetição de tarefas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O espírito colaborativo na minha equipa melhora a eficiência da equipa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O espírito colaborativo na minha equipa permite coordenar os esforços de todos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O espírito colaborativo na minha equipa facilita o surgimento de novas ideias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eficácia da equipa	Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Neutro 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
A minha equipa confia no apoio proporcionado a cada um para alcançar a qualidade necessária ao trabalho de equipa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha equipa confia na interajuda entre os membros para corrigir problemas no trabalho de equipa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na minha equipa relembramos uns aos outros a necessidade de seguir todas as regras de segurança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha equipa confia em trabalhar em estreita colaboração para manter a eficiência do trabalho de equipa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3) Avalie o seu comportamento quanto à **partilha de conhecimento dentro da sua equipa**, indicando o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, numa escala de 1 (Discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

	Discordo Totalmente 1	2	Não concordo nem discordo 3	4	Concordo Totalmente 5
Na minha equipa troco frequentemente conhecimentos com os outros membros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na minha equipa despendo muito tempo em atividades de partilha de conhecimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na minha equipa partilho ativamente o meu conhecimento com outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na discussão de assuntos complexos estou geralmente envolvido nas várias fases dessa discussão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na minha equipa envolvo-me geralmente em discussões sobre vários temas ao invés de temas específicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fim do Questionário.

Por favor verifique se respondeu a todas as perguntas.

Muito obrigado pelo tempo despendido para responder a este questionário, os melhores cumprimentos.