

MICHELE NAVARRO FLORES

**CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DE ESCALA DO TIPO LIKERT PARA
AVALIAÇÃO DA LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS EM UNIDADES CRÍTICAS:
DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo - Unifesp, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

SÃO PAULO

2022

MICHELE NAVARRO FLORES

**CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DE ESCALA DO TIPO LIKERT PARA
AVALIAÇÃO DA LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS EM UNIDADES CRÍTICAS:
DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo - Unifesp, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora:

Prof. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

SÃO PAULO

2022

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Antonio Rubino de Azevedo, Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, com os dados fornecidos pela autora

Flores, Michele Navarro

Construção e aplicação de escala do tipo likert para avaliação da liderança dos enfermeiros em unidades críticas: desafios e perspectivas / Michele Navarro Flores. – São Paulo, 2022.

173f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde. Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, 2022.

Título em inglês: Construction and application of likert-type scale to evaluate nurses' leadership in critical units: challenges and perspectives.

1. Equipe de Enfermagem. 2. Liderança. 3. Educação em Saúde. 4. Unidades de Terapia Intensiva. 5. Serviço Hospitalar de Emergência.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE -
MODALIDADE MESTRADO PROFISSIONAL

Diretor do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Coordenador do Programa de Pós-Graduação

Profa. Dra. Lucia da Rocha Uchoa Figueiredo

MICHELE NAVARRO FLORES

**CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DE ESCALA DO TIPO LIKERT PARA
AVALIAÇÃO DA LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS EM UNIDADES CRÍTICAS:
DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira
Presidente Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – Unifesp

Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (baixada Santista) – Unifesp

Profa. Dra. Wana Yeda Paranhos
Universidade Cidade de São Paulo

Profa. Dra. Rosana Fiorini Puccini
Professora Titular do Departamento de Pediatria – EPM

SUPLENTE

Profa. Dra. Mara Regina Lemes de Sordi
Professora Titular do Departamento de Estudos e Práticas Culturais de Educação - Unicamp

Dedico este trabalho aos amores da minha vida, Mariana Flores, Melissa Flores e Arthur Flores, por tornarem minha vida cheia de sentido e me inspirarem na construção de um legado.

AGRADECIMENTOS

Que eu possa, neste espaço tão nobre, com pequenas palavras, demonstrar a gratidão que tenho por cada um que, de alguma forma, contribuiu para a construção de todo este trabalho.

Inicio agradecendo a Deus, que me proporcionou força e perseverança, e mesmo diante de tantos desafios, não me deixou fraquejar, sempre colocando anjos ao meu redor, para me amparar e me nutrir com o néctar da fé, transformando, em mim, cada desafio em uma oportunidade, para que eu conseguisse chegar mais longe.

Agradeço, de maneira muito carinhosa e especial, a minha filha Mariana Flores que, apesar de tão pouca idade, sempre acreditou em mim e no meu potencial, rezou, pediu e ainda com sua fé tão pequenina e em construção, foi meu apoio com suas palavras tão doces e sábias. Obrigada, minha filha, por ser tão importante na minha vida, ser a melhor parte de mim, fazer sentir-me completa e ser minha parceira para a vida. Minha doçura. Te amo, Mari.

À minha “pitica”, Melissa Flores, minha pequena guerreira, que veio como um presente inesperado e tão desejado. A alegria era tão grande em saber que você chegaria em 9 meses que, naquele momento, nada seria mais importante do que te receber. Foi gerada durante todo o curso do mestrado, e não foi nada fácil fazer horas dobradas de trabalho assistencial e revezar com as aulas presenciais do curso, mesmo com tantos braços me ajudando. Você me nutria de força e valentia para continuar, e mesmo após encontrar esse mundão aqui, continuou sendo minha inspiração de bravura, ocupando a outra parte de minha parceirinha para vida. Minha força. Te amo, Melissinha.

À minha mãe, Maria de Fátima Navarro Flores, pelo seu amor imensurável, pela sua força para me motivar e me incentivar a voar mais alto que eu imaginava que minhas asas pudessem me levar. Por cada oração, por me ensinar e construir dentro de mim a fé, por cuidar tão bem das minhas filhas e da minha família, por ser minha amiga de todas as horas e me ensinar que não existem dificuldades que não possam ser superadas. Meu soberano exemplo. Te amo, mãe.

Ao meu pai, Odilon Silva Flores, pelo seu empenho e esforço durante toda a vida, por edificar o conceito de que “sem educação, não se chega a lugar algum” e que seria a única coisa que poderia nos dar, dizendo sempre: “O que jamais tirarão de vocês é a educação”. Diante das grandes batalhas enfrentadas por esse homem, nos meus momentos de fraquejo, lembrava dos desdobramentos dele, e isto me fazia puxar o ar, erguer a cabeça, secar as lágrimas e seguir em frente. Meu herói. Te amo, pai.

Ao meu esposo, Eduardo Tacconi, pela sua paciência, compreensão das longas madrugadas estudando e construindo minha dissertação. Obrigada pela parceria, pelo apoio, pelo companheirismo em sacrificar seus finais de semana e encontro com os amigos para que eu pudesse estudar, por me levar para Campinas e me dar carona até a faculdade quando ainda era possível ter aulas presenciais, por entender os meus motivos de doação, respeitar a minha fé e minhas crenças e, mesmo quando não pôde estar comigo fisicamente, esteve em meu coração. Meu parceiro. Te amo, amor.

Ao meu irmão, Daniel Navarro Flores, meu *brother*, que compartilhou sua infância, amizades e toda uma vida. Estaremos sempre unidos e vibrando por cada conquista um do outro. Sou muito grata em ser sua irmã. Meu gigante. Te amo, *brother*.

À Beatriz Jansen Ferreira, muito mais que uma orientadora, uma mulher de fibra, força, garra, determinação, inteligentíssima, sábia, além de carismática, amiga, e tantas qualidades que possam ser descritas. A Bia, como todos a chamam, me mostrou muito mais que conceitos e métodos de escritas de uma dissertação, ela é doce, me acolheu em sua casa aos domingos; além de me orientar, ainda me inseria nos almoços, cafés e lanches com a sua família. Durante a gravidez, toda a bajulação, fazendo chazinho, biscoitos, bolos e ainda me arrumando marmitinha para voltar para casa, todo carinho com minhas filhas. Você não imagina o tamanho da minha gratidão, por ser minha fada madrinha e fazer meu sonho tornar-se realidade. Minha inspiração.

À professora Rosana Rossit, pelo aceite do convite para compor minha banca, digna de minha admiração pela sua doçura, tranquilidade e um conhecimento tão amplo, ético e respeitoso ao próximo.

À professora Wanna Paranhos, pelo aceite do convite para compor minha banca, por ser a nossa maior referência para avaliação de pele, com seu lindo trabalho validado no país, por ser esse símbolo de orgulho desde minha época de graduação, inspirando minha trajetória profissional e fortalecendo a possibilidade de sonhar.

À Marcia Franco, estatística que contribuiu com o tratamento dos dados e, com sua delicadeza e sabedoria, transformou esta pesquisa em algo tão grande que nem eu mesma imaginava. Muito obrigada, Marcia.

Aos meus colegas de classe, por todos os nossos cafés, por cada um se doar pelo outro, por cada ajuda, carinho, piada, risada e na divisão até mesmo dos problemas. Por me tratarem com tanto carinho, como a “gravidinha da turma”, pela organização das boas vindas da Melissa, por serem pessoas de regiões tão diferentes, mas com objetivos e corações tão bons e parecidos.

Aos funcionários do Cedess, que nos auxiliaram nesta trajetória, com tanto carinho e acolhimento.

Aos profissionais que se dispuseram com seu tempo, paciência, critério e sensibilidade para compor o júri para validação do instrumento proposto neste trabalho.

Aos profissionais de saúde que estavam atuando na linha de frente ao COVID-19, quando enfrentávamos um dos piores cenários já vividos mundialmente. Manifesto minha gratidão pelo lindo trabalho, dedicação e doação de suas vidas em prol dos outros.

Aos profissionais enfermeiros e técnicos em enfermagem, que mesmo diante de todas as dificuldades do momento vivido em meio à pandemia, ainda dedicaram alguns minutos do seu tempo contribuindo com esta pesquisa, respondendo com seriedade, ética e responsabilidade.

À diretoria e gestão do Hospital e Maternidade São Luiz (unidade Itaim Bibi) – Rede D’or –, por autorizarem e permitirem a realização deste estudo.

Aos meus amigos do Hospital Santa Catarina, Mara Zampoli, Thais Maciel, Simone Tamura, Joelma Felix, Amanda Mariano, Daniela Almeida, Vanessa Barreto, José Manuel Rocha (*in memoriam*), e a todos os que fizeram parte do início de tudo. Muito obrigada por terem edificado minha formação profissional e pessoal através do compartilhamento de conhecimentos, resiliência, amizade, cuidado, carinho, pelos deliciosos cafés e comemorações (principalmente quando longe de nossos familiares). Pudemos viver momentos como uma família, onde um cuidava do outro. Inesquecíveis amigos. Amo muito vocês.

FLORES, Michele Navarro. Construção e aplicação de escala do tipo likert para avaliação da liderança dos enfermeiros em unidades críticas: desafios e perspectivas. 2022. 173 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) - Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. 2022.

RESUMO

Liderança em saúde é a habilidade de conduzir um grupo de pessoas, estimulando-as para um trabalho colaborativo e interprofissional. Esta pesquisa teve como objetivo construir uma escala do tipo Likert, para identificar as assertividades, fragilidades e potenciais de liderança dos enfermeiros intensivistas e emergencistas de um hospital privado da cidade de São Paulo. A pesquisa utilizou uma metodologia qualiquantitativa, de caráter exploratório e descritivo. A população foi composta por enfermeiros assistenciais e técnicos em enfermagem, que atuavam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Pronto-Socorro (PS). Foram construídas duas escalas do tipo Likert, uma específica para o enfermeiro se avaliar como líder, e outra para os técnicos em enfermagem avaliarem a liderança de seus enfermeiros. Quatro dimensões emergiram: fatores que estimulam a liderança, fatores que desafiam a liderança, fatores de estrutura institucional que influenciam a liderança e fatores de liderança frente às peculiaridades dos ambientes de Terapia Intensiva e Prontos-Socorros. Estas escalas foram submetidas a um júri de 14 profissionais de enfermagem, composto por enfermeiros e técnicos, para validação de conteúdo. A escala foi composta por 37 asserções e, após a aplicação, foi validada estatisticamente quanto à sua dispersão e confiabilidade. As dimensões D2 – Fatores que desafiam a liderança – e D4 – Fatores de liderança frente às peculiaridades dos ambientes de Terapia Intensiva e Prontos-Socorros – ficaram em uma zona de conforto para os enfermeiros, o que evidencia assertividade no desenvolvimento da liderança pelos enfermeiros junto à sua equipe. As dimensões D1 – Fatores que estimulam a liderança – e D3 – Fatores de estrutura institucional – ficaram em zona de alerta, o que aponta para desafios a serem superados. Enquanto isso, para os técnicos em enfermagem, a dimensão D4 – Fatores de liderança frente às peculiaridades dos ambientes de Terapia Intensiva e Prontos-Socorros – permaneceu em uma zona de conforto. As demais, D1 – Fatores que estimulam a liderança –, D2 – Fatores que desafiam a liderança – e D3 – Fatores de estrutura institucional – ficaram em zona de alerta, necessitando de ações a médio prazo. Com este estudo, foi possível concluir que a escala tem solidez de conteúdo e estatística para a identificação das assertividades e desafios no desenvolvimento da liderança dos enfermeiros junto à sua equipe nas unidades de UTI e PS, à luz da percepção dos dois grupos profissionais.

Palavras-chave: Equipe de Enfermagem; Liderança; Educação em Saúde; Unidades de Terapia Intensiva; Serviço Hospitalar de Emergência.

FLORES, Michele Navarro. Construction and application of likert type scale to evaluate nurses' leadership in critical units: challenges and perspectives. 2022. 173 p. Dissertation (Professional Master's Degree in Health Sciences Teaching) - Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. 2022.

ABSTRACT

Leadership in health is the ability to lead a group of people, encouraging them to work collaboratively and interprofessional. This research aimed to build a Likert-type scale to identify the assertiveness, weaknesses and leadership potential of critical care and emergency care nurses a private hospital in the city of São Paulo. The research used a qualitative and quantitative exploratory and descriptive methodology. The population consisted of clinical nurses and nursing technicians who worked in the Intensive Care Unit (ICU) and Emergency Room (ER). Two Likert-type scales were built, one specific for nurses to self-assess themselves as a leader, and another for nursing technicians to assess their nurses' leadership. Four dimensions emerged: factors that encourage leadership, factors that challenge leadership, institutional structure factors that influence leadership, and leadership factors in light of the peculiarities of intensive care and emergency rooms. It was submitted to a jury of 14 nursing professionals, composed of nurses and nursing technicians, for content validation. The scale consisted of 37 assertions and after application; it was statistically validated as to its dispersion and reliability. The dimensions D1 - Factors that encourage leadership - and D3 - Institutional structure factors - were in an alert zone, which points to challenges to be overcome. Meanwhile, for the nursing technicians, dimension D4 - Leadership factors facing the peculiarities of the Intensive Care and Emergency Room environments - remained in a comfort zone. The others, D1 - Factors that stimulate leadership -, D2 - Factors that challenge leadership - and D3 - Institutional structure factors - remained in an alert zone, requiring medium-term actions. With this study, it was possible to conclude that the scale has solid content and statistics for identifying assertiveness and challenges in the development of nurses' leadership with their team, in the ICU and ER units, in light of the perception of the two professional groups.

Keywords: Nursing, Team; Leadership; Health Education; Intensive Care Units; Emergency Service Hospital.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. <i>Recognit Magnet</i>	37
Figura 2. Esquema da Teoria dos Vínculos Profissionais (TVP).....	83

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Médias das asserções não validadas dos Enfermeiros e dos Técnicos de Enfermagem, São Paulo, 2020	65
Gráfico 2. Médias das asserções validadas, dos Enfermeiros e dos Técnicos de Enfermagem, São Paulo, 2020	66
Gráfico 3. Perfil Geral Atitudinal por Dimensão, dos Enfermeiros e dos Técnicos de Enfermagem, São Paulo, 2020	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Perfil Atitudinal da Dimensão - D1: Fatores que Estimulam a Liderança, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Validadas, São Paulo, 2020.....	74
Quadro 2. Perfil Atitudinal da Dimensão - D1: Fatores que Estimulam a Liderança, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Não Validadas, São Paulo, 2020	75
Quadro 3. Perfil Atitudinal da Dimensão – D2: Fatores que Dificultam a Liderança, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Validadas, São Paulo, 2020.....	81
Quadro 4. Perfil Atitudinal da Dimensão – D2: Fatores que Dificultam a Liderança, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Não Validadas, São Paulo, 2020	82
Quadro 5. Perfil Atitudinal da Dimensão – D3: Fatores de Estrutura Institucional, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Validadas, São Paulo, 2020.....	88
Quadro 6. Perfil Atitudinal da Dimensão – D3: Fatores de Estrutura Institucional, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Não Validadas, São Paulo, 2020	89
Quadro 7. Perfil Atitudinal da Dimensão – D4: Fatores de Liderança em Unidades Críticas, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Validadas, São Paulo, 2020	93
Quadro 8. Perfil Atitudinal da Dimensão – D4: Fatores de Liderança em Unidades Críticas, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Não Validadas, São Paulo, 2020	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por faixa etária, São Paulo, 2020	61
Tabela 2. Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por sexo, São Paulo, 2020	61
Tabela 3. Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por formação, São Paulo, 2020	62
Tabela 4. Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por tempo de experiência na função, São Paulo, 2020	62
Tabela 5. Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por tempo de trabalho nesta instituição, São Paulo, 2020	62
Tabela 6. Perfil da População dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem e respectiva Amostra, São Paulo, 2020	63
Tabela 7. Resultado da análise das asserções após a segunda administração, das avaliações dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, São Paulo, 2020	63
Tabela 8. Resultado da dispersão das asserções validadas pelos Enfermeiros e pelos Técnicos de Enfermagem, São Paulo, 2020	64
Tabela 9. Resultado da confiabilidade pela fórmula de Spearman-Brown e da fórmula de Alfa de Cronbach das asserções validadas pelos Enfermeiros e pelos Técnicos de Enfermagem, São Paulo, 2020	64

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANCC	<i>American Nursing Credentialing Center</i>
Anova	Análise de Variância
Cedess	Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
CEP	Centro de Educação e Pesquisa
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiras
Conass	Conselho Nacional de Secretárias de Saúde
Coren	Conselho Regional de Enfermagem
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19	Coronavírus 19
DCN	Diretriz Curricular Nacional
EC	Educação Continuada
EIP	Educação Interprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
ER	<i>Emergency Room</i>
ICU	<i>Intensive Care Unit</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MSL	<i>Medical Science Liaison</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PS	Pronto-Socorro
RDSL	Rede D'Or São Luiz
TVP	Teoria dos Vínculos Profissionais
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1 INTRODUÇÃO	26
2 REFERENCIAL TEÓRICO	31
2.1 Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN	32
2.2 Tipos de liderança.....	34
2.3 Fatores que estimulam a liderança dos enfermeiros	40
2.4 Fatores que desafiam a liderança dos enfermeiros.....	42
2.5 Fatores de estrutura institucional que influenciam na liderança dos enfermeiros	46
2.6 Fatores de liderança em ambientes de Terapia Intensiva e Pronto Socorro.....	46
3 OBJETIVOS	48
3.1 Objetivo geral.....	49
3.2 Objetivos específicos	49
4 MÉTODOS	50
4.1 Campo de pesquisa	52
4.2 População pesquisada.....	53
4.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	53
4.4 Procedimento de construção do instrumento	53
5 RESULTADOS	60
6 DISCUSSÃO	68
7 PRODUÇÃO TÉCNICA	96
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	114
APÊNDICE B – Escala Tipo Likert.....	116
APÊNDICE C – Escala Tipo Likert.....	121
APÊNDICE D – Relatório Gerencial.....	126
ANEXO A – Documento de Aprovação do CEP.....	132
ANEXO B – Diretriz Curricular Nacional para o curso de Bacharel em Enfermagem	138
ANEXO C – Relatório Validação Estatística.....	145

APRESENTAÇÃO

[...] Tens o dom de ouvir segredos, mesmo se me calo, e se falo me escutas. Queres compreender... Quando a solidão doeu em mim..., quando eu não soube compreender a vida. Tu vieste compreender por mim. Quando meus olhos não podiam ver, tua mão segura me ajudou a andar. Quando eu não tinha mais amor no peito..., teu amor veio me lembrar. Que Deus me ama, que não estou só. Que Deus cuida de mim. Quando fala pela tua voz. Que me diz: Coragem... (Pe. Fábio de Melo)

Assim inicia minha jornada acerca de compreender os momentos e motivos da vida, amadurecendo a ideia de que o tempo é apenas um ensinamento, e o ponteiro deste relógio não corre com a velocidade ou da maneira que queremos, e sim como deve correr.

Acredito que cada indivíduo carrega na alma o seu dom. Esta é uma marca adquirida desde o momento de nossa concepção e, aos poucos, ao longo da vida, vamos aperfeiçoando-o, chamando-o de talento ou vocação.

Minha história iniciou desta maneira. Desde criança, despertava em mim a curiosidade e os mistérios do cuidar e educar. As brincadeiras de que mais gostava estavam relacionadas ao cuidar das bonecas ou montar uma sala de aula com uma lousa e giz para ensinar aos brinquedos.

A área da saúde foi me acompanhando na pré-adolescência e, aos 15 anos, já sabia que minha vida estaria destinada ao cuidado. Com essa idade, iniciei o curso técnico de Patologia Clínica. Apesar da pouca idade, já sentia tamanho bem-estar ao entrar no hospital.

Para muitos, o “cheiro de hospital” era algo sacrificante, mas, para mim, era prazeroso, curioso e misterioso, o que me impulsionava a querer conhecer mais e mais.

Aos 18 anos, iniciei a faculdade de enfermagem e, a cada dia, tinha um sentimento de que estava no caminho certo. A roupa branca, o jaleco, o estetoscópio e todos os apetrechos me encorajavam a não sentir medo do desconhecido, tendo total plenitude em executar algo que já havia conquistado com habilidade.

Aos 19 anos, começava a colocar em prática todas aquelas brincadeiras de criança. Eu já estava no segundo ano da faculdade de enfermagem e iniciava o

contraturno, lecionando para as turmas de técnico de Patologia Clínica no mesmo colégio onde havia feito meu curso técnico.

Não foi nada fácil. A faculdade era pesada, eu precisava me dedicar e me preparar. Ao mesmo tempo, a responsabilidade em lecionar, preparar aulas, corrigir provas e buscar atualizações também consumia muito tempo. Foi quando comecei a dar os primeiros passos de liderança.

Formei-me aos 21 anos e, alguns meses depois, iniciei minha primeira trajetória profissional, trabalhando como enfermeira no Hospital Geral de Itapeçerica da Serra.

Trabalhava em outro município, a quatro horas de distância da minha casa e, mesmo assim, tracei como objetivo trabalhar por um ano nesse hospital. Lá, eu consegui conhecer pessoas, e foi o segundo momento em que me deparei com a necessidade de ser líder e percebi a importância disso para a equipe e os pacientes que ali estavam.

Foi um grande desafio assumir 14 leitos de uma clínica médica, com perfil de retaguarda de UTI: uma equipe de quatro funcionários, com estrutura tímida, mas muito organizada e provida de materiais básicos. Entendo que foi "um começo e tanto". Nessa época, havia iniciado minha primeira pós-graduação em Clínica e Cirúrgica, na Unifesp.

Aos 23 anos, foi o momento de partir para novos desafios. Dessa vez, fui para um hospital um pouco mais próximo; iniciava minha trajetória no Hospital Santa Catarina.

Lá, tive a honra de trabalhar com a enfermeira coordenadora Mara Zampoli. Desde o primeiro encontro, nossa relação sempre foi muito além de simples colegas de trabalho, até os dias de hoje. Fui feliz trabalhando na UTI neurológica, fazendo amizades muito fortes e verdadeiras. A equipe tinha muita sinergia e, neste sentido, destaco meus grandes amigos: Dr. José Manuel Rocha Fernandes (*in memoriam*), as enfermeiras Simone Tamura, Thais Maciel, Amanda Mariano, Joelma Felix, a fisioterapeuta Vanessa Barreto, e tantos outros que marcaram minha trajetória.

Nessa época, desfrutei de muitos momentos, e o mais marcante foi minha primeira gestação, minha querida Mariana. Passei a gravidez em repouso, devido ao

quadro de risco, mas tudo valeu a pena, quando pudemos, pela primeira vez, nos tocar aqui do lado de fora.

Depois de uma breve pausa, a curiosidade pela gestão me impulsionou a iniciar a segunda pós-graduação, um MBA em Serviços de Saúde. Após três anos atuando na assistência, tornei-me supervisora da UTI neurológica, onde desempenhei a função por mais três anos.

Nesse período, tive a oportunidade de realizar um intercâmbio para o Canadá e conhecer a realidade da saúde na província de Ontário, e o interesse por lecionar me inspirou a realizar a terceira pós-graduação em docência para enfermeiros. A seguir, iniciei minha especialização em UTI.

Em função de uma reformulação na estrutura da instituição, fui convidada a montar o setor de Práticas Assistenciais e coordená-lo. E foi assim durante mais quatro anos, liderando um grupo de enfermeiros especialistas e cuidando de todas as práticas que oferecessem risco ao paciente.

Aos 33 anos, surge uma nova oportunidade e começo a trabalhar em uma indústria farmacêutica, uma *startup* no país, exercendo o cargo de MSL (*Medical Science Liaison*). Neste local, pude implementar um grande projeto nacionalmente, fomentando as melhores recomendações científicas sobre feridas e dor, o que me levou a realizar a pós-graduação em Dor, pela Faculdade de Medicina da USP e, na sequência, a especialização em Enfermagem Dermatológica.

Aos 36 anos, retorno para a assistência na UTI do Hospital São Luiz, pois estava com um objetivo bem fundamentado: dedicar-me a iniciar o mestrado. Durante um ano, me preparei, estruturei meu projeto e, no fim do mesmo ano, o resultado veio: havia passado no mestrado da Unifesp!

Tudo pronto para começar, no segundo mês de aula, mais uma surpresa: estava grávida. Uma mistura de emoções, dúvidas e medos, mas a felicidade era muito maior que tudo isto. A Melissa (meu bebê) foi a 21ª aluna da turma do mestrado e assiduamente assistiu a todas as aulas presenciais, comportando-se direitinho ainda dentro do útero.

O tempo passou e, ao retornar ao trabalho, fui direcionada para o Hospital Vila Nova Star, no início da pandemia por COVID-19 no Brasil.

Aos 38 anos, finalizando o mestrado, inicio um novo desafio, desta vez no United Health Group e, por uma grande obra ou coincidência, retorno para atuar em práticas assistenciais, agora para o grupo Américas Serviços Médicos, apoiando os 16 hospitais da rede a nível nacional.

E a vida é assim, tudo no seu tempo, pois tudo sempre fica no lugar certo. Enquanto o ponteiro do relógio corre e não podemos pará-lo, podemos nos aprimorar e, dessa maneira, preparar-nos para os desafios que a vida, a qualquer momento, coloca-nos à prova. A liderança me acompanhou nesta trajetória, os desafios sempre foram muitos e ainda são; contudo, o principal é não desistir, não se abalar, não tentar adiantar a história, lutar incansavelmente, e sempre ter coragem e fé!

1 INTRODUÇÃO

Atribui-se a origem das expressões líder e liderança a *laed*, que significa “caminho” na antiga língua anglo-saxônica, proveniente do verbo arcaico *laeden*, que significa tanto viajar, quanto “levar alguém pelas mãos” (GANGA; NAVARRETE, 2013, p. 54).

Podemos pensar a liderança como a capacidade de influenciar um grupo, a fim de buscar e alcançar objetivos comuns. Tal influência pode ocorrer de maneira formal, por meio de um cargo, ou surgir naturalmente, ao longo de uma trajetória profissional inserida em um grupo (NEVES; SANNA, 2012).

Evidentemente, há que se considerar aspectos natos de uma pessoa. A literatura é rica ao nos mostrar que, para além de alguma característica favorável de personalidade, a competência de liderança exige preparo, criatividade, determinação e “se ensina” (BENNIS *et al.*, 2001).

Ferreira (2004, p. 29) nos mostra a importância das “marcas” históricas da enfermagem e seus reflexos na organização da profissão e do estímulo à liderança,

Ao olhar a história da enfermagem, se observa com que insistência a disciplina, a obediência, e a falta (quase absoluta) de questionamento, marcaram a formação dos profissionais da área. É espantoso percorrer este caminho e constatar que esta profissão reproduziu e reproduz com muita ‘eficiência’ marcadores sociais no estabelecimento de ‘níveis diferenciados de cidadania’ no saber e no executar procedimentos de enfermagem. A questão da hierarquia da enfermagem se estabelece desde o seu surgimento como condição necessária para o bom desenvolvimento do trabalho; o sentido de ‘castas’ do saber permeia fortemente a formação dos profissionais de enfermagem, garantindo assim uma produção estéril de cuidados desprovida de ‘porquês’ e de quaisquer tipos de questionamentos.

Ao falarmos de liderança de enfermeiros, necessariamente precisamos observar que esta profissão passou a ser de nível superior há 59 anos, o que, historicamente, é pouquíssimo tempo e, ainda, dividida inicialmente em três níveis (enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem) (AMESTOY *et al.*, 2017).

Foi possível evidenciar na literatura inúmeros artigos que buscaram identificar diversas definições para descrever o processo ou ato de liderar. Para Jordão (2004, p. 89), “os líderes têm como missão guiar a organização e desenvolver outros líderes.

Buscando isso, o líder se destaca, acima de tudo, influenciando as pessoas. Liderar é um fenômeno social”.

Ainda reforçando este posicionamento:

A liderança sempre existiu e ao defini-la, verifica-se que está ligada a um fenômeno grupal, consiste em uma influência exercida intencionalmente por parte do indivíduo que lidera sobre as outras pessoas. O processo de liderança tem mão dupla. Não abrange apenas o cargo de líder, necessita da cooperação das pessoas, e o objetivo final só se concretizará se as ações pretendidas pelo líder forem assimiladas e correspondidas pelos subordinados (BENNIS, 2004, p. 29).

Para Caveião (2016, p. 29), liderança é:

[...] a capacidade que uma pessoa possui por meio de suas ações, atos e palavras para exercer influência sobre o outro. Consequentemente, o líder será a pessoa que por intermédio de sua habilidade, competência e sensibilidade, proporcionará modificações nas organizações alcançando os seus objetivos.

Essas ações trazem como resultado a satisfação de promover efeitos para a organização, gerar oportunidades de crescimento e a sensação de bem-estar pessoal (BLAKE; MOUNTON, 1995).

Portanto, a compreensão da competência de liderar implica na construção de outras habilidades fundamentais para sua sustentação, como empatia, escuta qualificada, gestão de pessoas, tomada de decisão, decisão compartilhada, entre outras. Amestoy *et al.* (2017, p. 2) contribuem nessa perspectiva, ao afirmarem que:

[...] a liderança representa uma habilidade indispensável na prática de enfermagem, que repercute na qualidade da cultura organizacional das instituições e nas relações de trabalho. Neste sentido, destaca-se a atuação do enfermeiro diante do gerenciamento do cuidado, da gestão de pessoas e serviços de saúde.

Neste sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) apontam, de forma inequívoca, as habilidades de tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente como potentes ferramentas de qualificação individual e coletiva (BRASIL, 2001).

Considerando, portanto, a enfermagem como uma das poucas profissões na área da saúde que nasce de ações coletivas em mais de um nível de formação, em uma perspectiva hierárquica ainda muito presente, o potencial comunicativo entre os integrantes da equipe historicamente não se qualificou e não foi ampliado. Indiscutivelmente, esse é um aspecto de grande relevância na construção e manutenção de uma liderança positiva (AMESTOY *et al.*, 2017).

Nesse sentido, Demo (1995, p. 61) nos brinda com sua compreensão sobre o diálogo,

Na história, as faces sempre dialogam, mas não apenas no sentido funcional de comunicação tranquila. Dialogam dialeticamente, ou seja, no campo eletrificado do conflito, onde entendimento e desentendimento são partes integrantes da totalidade comunicativa. Porque diálogo autêntico é uma fala contrária. Entre partes idênticas não há comunicação; há monólogo, pois, duas coisas idênticas são uma só. Para haver diálogo, é mister haver interesses contrários (contrariados). Por uma questão lógica, é importante distinguir entre 'contrário' e 'contraditório', por mais que embaralhem os dois na prática discursiva. Termos contraditórios que não são dialéticos porque eles somente se excluem. Não formam um todo dinâmico, de repulsa e necessitação. Termos contrários são especificamente dialéticos, porque constituem os componentes essenciais das totalidades históricas.

Considerando a ideia de lidar com as diferentes “falas” no espaço assistencial, principalmente no ambiente hospitalar, o enfermeiro deve articular vários serviços, realizar a coordenação do cuidado, desempenhando um papel de orientação no cotidiano de trabalho, visando garantir os insumos necessários à assistência prestada.

Isso deve ser realizado de forma horizontal, agregando os saberes da equipe de forma colaborativa e interprofissional, garantindo a integralidade do cuidado (KHALILI; HALL; DELUCA, 2014; PEDUZZI *et al.*, 2013).

Melo *et al.* (2013) nos falam sobre o enfermeiro que atua com liderança, apontando que este deve reconhecer o valor de cada membro de sua equipe, visando estabelecer a liderança responsável, em que a confiança e a busca contínua de conhecimento prevaleçam.

Assim, é de fundamental importância o avanço no conhecimento sobre liderança e o trabalho contínuo de subsídios para a gestão em enfermagem, a fim de contribuir com o desenvolvimento dessas competências e habilidades em um momento social e tecnológico de tanta transformação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), promulgada pela Lei nº 9.394/1996, trouxe como premissas bases na orientação da composição curricular, a partir do reconhecimento da amplitude da demanda que os processos formativos passam a exigir neste novo século 21 (BRASIL, 1996).

Com base nestas diretrizes, acredita-se que os alunos, ao se graduarem e se tornarem profissionais, possam estar dotados de competências que os façam questionadores, compenetrados, eficientes, ativos e engajados no modelo de aprender a aprender, diante das mudanças e realidades que nosso país sofre (BRASIL, 1996).

Define-se competência profissional como a capacidade de mobilizar, articular, colocar em ação, valores, conhecimentos e habilidades que são imprescindíveis para o adequado funcionamento, de maneira eficaz e eficiente, atribuída à atividade do trabalho (BRASIL, 2001).

Diante das determinações da LDB, as instituições de ensino de enfermagem foram as primeiras do setor da saúde a descreverem as diretrizes gerais como base para a educação em enfermagem no Brasil.

Muitas instituições foram envolvidas na construção deste norteador formativo, com o intuito de elaborar o perfil do profissional provido de competências, habilidades e comportamentos técnicos, para atuar frente às necessidades do mundo do trabalho, suprimindo as carências de atendimento à população nas mais diversas esferas (BRASIL, 1996).

A busca para adequar os programas de educação no país levou ao investimento no aprimoramento e desenvolvimento de competências desses futuros profissionais, tanto no âmbito nacional, quanto no internacional (SILVA *et al.*, 2012).

Na esfera nacional, este enfermeiro irá enfrentar os reflexos da desigualdade social, baixa e pouco qualificada escolaridade, desemprego, alimentação inadequada (muitas vezes insuficiente) e todos os reflexos deste triste quadro de iniquidades sociais (SILVA *et al.*, 2012).

Ao mesmo tempo, a velocidade tecnológica do cuidado em saúde é intensa e exige deste profissional o conhecimento em tecnologias sofisticadas, o domínio de mais de um idioma e o manejo de assistências cada vez mais interprofissionais (PERES; CIAMPONE, 2006).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de Graduação em Enfermagem definem, no Art. 3, o perfil do egresso do graduado, classificando-o como generalista, humanista, crítico e reflexivo.

Trata-se de um profissional com qualificação para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

Ainda na descrição deste perfil, há ênfase nas habilidades relacionadas à atenção em saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001).

A competência de liderança supracitada neste documento traz, em sua definição, que a mesma deve ser executada:

[...] de maneira multidisciplinar por profissionais de saúde que deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (BRASIL, 2001).

Em paralelo, vislumbramos a liderança compartilhada, ou colaborativa, como ferramenta fundamental no desenvolvimento do enfermeiro, sendo uma das melhores formas para o enfrentamento dos desafios cada vez mais complexos no cuidado da saúde (COSTA *et al.*, 2015).

Analisando as DCN e os pressupostos da prática colaborativa, podemos evidenciar que a “liderança” abrange três habilidades imprescindíveis para o seu

desenvolvimento, como a , tomada de decisão, comunicação e gerenciamento. Estas são compreendidas como requisitos complementares, que necessitam ser desenvolvidos nos graduandos, com o objetivo de fortalecer a competência de liderança e prepará-los para a atuação no campo profissional (SOARES, 2016).

Por este prisma, Silva e Camelo (2013, p. 534) sintetizam que, além do preparo, o enfermeiro irá enfrentar inúmeros desafios:

Assim, o enfermeiro destaca-se na sua equipe pela multiplicidade de atividades que desenvolve, as quais incluem o trabalho intelectual, a coordenação das ações da equipe de enfermagem, bem como, a organização e implementação da assistência. Frente a esse contexto, torna-se imprescindível destacar a liderança como um instrumento gerencial no processo de trabalho da enfermagem que auxilia o enfermeiro no gerenciamento da equipe, na tomada de decisões e no enfrentamento de conflitos que possam emergir no ambiente de trabalho. Considera-se a liderança como um fenômeno de influência grupal, em que é essencial agregar esforços, a fim de atingir as metas compartilhadas pelo grupo. A liderança é definida como a capacidade de influenciar um grupo, a fim de buscar e alcançar objetivos comuns. Essa influência pode ser formal, como a conferida por um alto cargo na organização ou pode surgir naturalmente de dentro de um grupo.

No entanto, com uma formação na graduação insuficiente e inadequada, a necessidade de atualização contínua é cada vez mais necessária, o que nos leva à compreensão da importância da educação permanente em saúde (SANTOS *et al.*, 2013).

2.2 Tipos de liderança

O tema “liderança” começa a ser teorizado a partir de 1930, com a construção da Teoria dos Traços da Personalidade (ARMANDI; OPPEDISANO; SHERMAN, 2003).

Após este período, surge a Teoria de Liderança Contingencial, ou seja, uma nova forma de entender a liderança, pois, além do líder, situações, ambientes e comportamentos tendem a influenciar no trabalho em grupo (ARMANDI; OPPEDISANO; SHERMAN, 2003).

Cruz, Nunes e Pinheiro (2010) apontam que, nesta teoria, o conhecimento e a maturidade emocional dos membros envolvidos contribuem ou dificultam o desenvolvimento de uma boa liderança.

Em meados de 1980, uma nova forma de liderar é proposta, conhecida como Teoria de Liderança Transacional. Este modelo trouxe fundamentos caracterizados, como a liderança baseada no processo de troca entre líder e equipe e, desta maneira, as estratégias são bem estabelecidas, para alcançar a meta estipulada, como um espaço onde todos são beneficiados (ALMEIDA, 2013).

Apesar de ser uma teoria bem definida, este modelo mostrou em pesquisas que não era duradouro ou sustentável, pois, a partir do momento em que o elemento da troca era retirado, a liderança não se sustentava e as perdas tornavam-se um fato (ALMEIDA, 2013).

Desta forma, a teoria de liderança transformacional ganha espaço e notoriedade, por apresentar uma configuração onde o líder procura motivos potenciais nos seus seguidores, satisfazendo as necessidades de alto nível e assumindo o seguidor como uma pessoa total. Este modelo traz como resultado um relacionamento mútuo entre líder e seguidor, elevando os membros de sua equipe para a transformação de novos líderes (ALMEIDA, 2013).

Blake e Mounton (1995) referem-se ao estilo de liderança como a descrição de elementos que se compõem, podendo ser isoladamente analisados. Os elementos referidos dizem respeito à iniciativa, investigação, posicionamento, crítica, solução de conflitos e tomada de decisão.

Atualmente, um novo conceito de teoria de liderança vem sendo trabalhado em conjunto com as outras teorias, entendendo que estas se completam. A teoria da liderança compartilhada, apesar de ser um novo movimento de liderança, vem sendo discutida e praticada por empresas, inclusive no setor da saúde, que reconhece a importância deste método na sua dinâmica de trabalho, uma vez que, ao compartilhar as responsabilidades, as relações interpessoais ficam fortalecidas, os membros percebem sua importância como integrantes da equipe e o ambiente é transformado pela contribuição de todos (SWEENEY; CLARKE; HIGGS, 2019).

O conceito a respeito de liderança compartilhada é bastante discutido, pois, diante de diversos estudos, sua definição pode ser descrita por inúmeros pontos de vista, tendo como características principais o compartilhamento da liderança, responsabilidades e funções, podendo ser chamada também por liderança distributiva. Assim, esta é uma teoria com particularidades dentro de uma perspectiva mais relacional, vendo-a como "uma influência social coletiva de processo". (ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Diante deste conjunto de ideias, Hoover e Valenti (2006 p. 45), destacam:

A liderança não é uma escada, mas um círculo. Tão logo as pessoas em todos os níveis da empresa sejam convidadas para o grande círculo de liderança, quase que instantaneamente as atitudes, desempenho e produtividade aumentam. A liderança tem que ser distribuída e a responsabilidade compartilhada. Olhar a liderança como responsabilidade de apenas uns poucos escolhidos é menosprezar o vasto recurso de energia de liderança potencial latente no restante da população organizacional.

Podemos inferir que a ação de liderar na contemporaneidade passa, necessariamente, por conceitos como trabalho em equipe e prática colaborativa, ambos em uma perspectiva interprofissional (ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Assim, destacamos alguns movimentos e certificações inovadoras, que foram desenvolvidos como mecanismos avaliativos do processo de liderança entre enfermeiros, como o Recognit Magnet e o Nursing Now.

O Recognit Magnet é um programa de certificação, desenvolvido pela Academia Americana de Enfermagem (AAN) nos Estados Unidos, em 1980, que identificou 41 hospitais que atuavam como "ímãs", que atraíam as enfermeiras por possuírem ambientes de trabalho mais favoráveis (ARMSTRONG; LASCHINGER; WONG, 2009).

Em 1990, o American Nursing Credentialing Center (ANCC) desenvolveu um programa para a formalização dos Hospitais Magnet e, em 1994, ocorreu o primeiro hospital credenciado neste país.

Dentre as características apresentadas por sete instituições credenciadas neste mesmo ano, verificou-se que estas possuíam melhores ambientes de trabalho

e resultados para enfermagem, maior satisfação do trabalho, menores taxas de esgotamento, menor evasão, melhor relacionamento médico-enfermeiro e ambientes de trabalho com maior nível de segurança para pacientes e equipe (KELLY; MCHUGH; AIKEN, 2012).

Com esta filosofia, o ANCC com o Magnet Recognition Program® atinge um crescimento considerável, tendo alcançado, até o ano de 2021, 516 instituições americanas credenciadas e 14 instituições internacionais (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2021).

Até o presente momento, o Brasil ainda não conseguiu chancelar a certificação no país (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2021).

Em 2005, o Manual de Aplicação do Programa de Recognit Magnet passou por revisão e manteve os padrões estabelecidos nas chamadas 14 forças do Magnet (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2005).

Em 2008, essas 14 forças foram reagrupadas em cinco componentes, com o objetivo de facilitar a compreensão, conforme apresentado abaixo:

Figura 1 – Modelo *Recognit Magnet*

Componentes do modelo	Forças do magnetismo
1 – Liderança transformacional	Força 1: Liderança de qualidade Força 3: Estilo de gestão
2 – Estrutura de empoderamento	Força 2: Estrutura organizacional Força 4: Políticas de recursos humanos Força 10: Comunidade e organização Força 14: Desenvolvimento pessoal
3 – Prática profissional exemplar	Força 5: Modelos de cuidado Força 8: Consulta e recursos Força 9: Autonomia Força 11: Enfermeiros professores Força 12: Imagem do enfermeiro Força 13: Relações interdisciplinares
4 – Novos conhecimentos, inovações e melhorias	Força 7: Melhoria do cuidado
5 – Resultados empíricos de qualidade	Força 6: Qualidade do cuidado

Fonte: Applegeet, King (2008).

1- Liderança transformacional:

- **Força 1 – Liderança de qualidade:** apoia a equipe, expressa a liderança com base em sua sólida experiência e participa das rotinas diárias de sua unidade;
- **Força 3 – Estilo de gestão:** apoia a gestão participativa, valorizando as sugestões de sua equipe; os líderes são acessíveis e possuem comunicação eficaz com seu time (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2005).

2- Estrutura de empoderamento:

- **Força 2 – Estrutura organizacional:** gestão horizontalizada, onde a tomada de decisão é realizada pela unidade onde ocorre o evento ou intervenção;
- **Força 4 – Políticas de recursos humanos:** os salários e benefícios são competitivos, a rotatividade da enfermagem é mínima e as políticas de recursos humanos são criadas mediante participação da equipe;
- **Força 10 – Comunidade e organização:** a organização é capaz de recrutar e reter enfermeiros, que possuem visibilidade na comunidade por meio de cursos e programas, e são percebidos como uma empresa positiva, produtiva e em prol da comunidade;
- **Força 14 – Desenvolvimento pessoal:** possui foco no desenvolvimento de carreira, tem uma educação continuada e em serviços fortalecida, crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional são valorizados (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2005).

3- Prática profissional exemplar:

- **Força 5 – Modelos de cuidado:** fornecem aos enfermeiros responsabilidade e autoridade para atender aos pacientes, tornando-os responsáveis por suas práticas e coordenação do cuidado;
- **Força 8 – Consulta e recursos:** fornecem recursos, profissionais experientes e enfermeiros especialistas em práticas avançadas, para auxiliar e apoiar a equipe;
- **Força 9 – Autonomia:** espera-se que os enfermeiros pratiquem a autonomia, com julgamento independente, fortalecido por uma abordagem multidisciplinar;

- **Força 11** – Enfermeiros professores: é permitido e esperado que os enfermeiros incorporem o ensino em suas práticas, sendo um mecanismo gerador de satisfação profissional;

- **Força 12** – Imagem da enfermagem: os enfermeiros são vistos pela organização e outros membros da equipe como integrantes essenciais para os serviços de saúde;

- **Força 13** – Relações interdisciplinares: há um senso de respeito mútuo entre todas as disciplinas, caracterizando uma relação positiva (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2005).

4- **Novos conhecimentos, inovações e melhorias:**

- **Força 7** – Melhoria do cuidado: os processos de melhoria são vistos pelos enfermeiros como processos educacionais, que aumentam a qualidade do cuidado entregue ao paciente (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2005).

5- **Resultados empíricos de qualidade:**

- **Força 6** – Qualidade do trabalho: os enfermeiros se veem como fornecedores de um cuidado de alta qualidade, reconhecendo este atendimento como uma prioridade; assim, os líderes são vistos como responsáveis em desenvolver um ambiente favorecedor, de alta qualidade e *performance* (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2005).

Outro movimento que destacamos é a Campanha Nursing Now, lançada pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o UK All Party Parliamentary Group on Global Health, do Reino Unido. Trata-se de um trabalho iniciado em fevereiro de 2018, cujo objetivo era aumentar o investimento na melhoria da educação e no desenvolvimento profissional, regulamentação das condições de trabalho para enfermeiros, com aumento da influência destes nas políticas nacionais.

Este movimento buscou, ainda, aumentar o número de enfermeiros em posições de liderança, incentivar a criação de evidências para a sustentação de políticas nesta direção e fortalecer o trabalho de forma integral e interprofissional, para ampliar a disseminação de práticas de enfermagem efetivas e inovadoras (CRISP; IRO, 2018).

Esta pesquisa ancorou-se em quatro campos de estudo, que acreditamos abranger a multidimensionalidade do tema liderança e, assim, passaremos a discutí-los. Foram eles:

- a) Fatores que estimulam a liderança de maneira positiva no trabalho do enfermeiro;
- b) Fatores que desafiam a liderança do enfermeiro;
- c) Fatores de estrutura institucional que influenciam a liderança;
- d) Fatores de liderança frente às peculiaridades dos ambientes de Terapias Intensivas (UTI) e de Prontos-Socorros (PS), na construção sustentável de modelos de líderes junto aos enfermeiros.

2.3 Fatores que estimulam a liderança dos enfermeiros

Abelha, Carneiro e Cavazotte (2018); Abbenbroek, Duffield e Elliot (2014), entre outros, apontam para a importância do “exemplo” que o enfermeiro pode trazer junto à sua equipe, como elemento inspirador.

Isso ocorre à medida em que procura estimular sua liderança, fortalecendo-a por meio do desenvolvimento da autonomia de seus integrantes e do incentivo de habilidades como empatia, poder de escuta e pertencimento institucional (ABELHA; CARNEIRO; CAVAZOTTE, 2018).

Os autores destacam quão motivadora é a comunicação para a equipe, que passou a ser internalizada pela mesma, gerando resultados de satisfação com o trabalho, corroborando com a ideia de influência positiva de um líder junto a seus liderados (ABBENBROEK; DUFFIELD; ELLIOT, 2014).

Amestoy *et al.* (2014a, p. 499) citam o diálogo como estratégia facilitadora da comunicação efetiva na melhoria da manutenção de boas relações profissionais no ambiente de trabalho,

... o diálogo como estratégia capaz de facilitar o estabelecimento de relações de poder construtivas, pois o mesmo representa um fenômeno humano, o qual não pode ser minimizado ao depósito de ideias de um sujeito no outro, por se tratar do encontro entre os homens, enquanto seres pensantes, a fim de problematizar situações

com o objetivo de transformar a realidade. O diálogo também pode ser assimilado como uma relação horizontal de A com B, que se nutre do amor, da humildade, da esperança e fé. Apenas o diálogo comunica por meio do estabelecimento de uma relação empática. Sendo assim, o diálogo não nivela, não gera reducionismos, pelo contrário, estimula o respeito entre as pessoas engajadas em transpor barreiras e vir a serem sujeitos de transformação.

Essa motivação e estímulo, por meio de uma conversa em que se “pode falar e ouvir”, elevam a capacidade de inspirar a equipe, tendo como objetivo o compartilhamento dos pontos de vista e apropriação quanto à sua missão e ao cumprimento de seus propósitos.

Ademais, o bom relacionamento entre líder e colaboradores favorece a redução de rotatividade de funcionários, diminuindo conflitos e favorecendo o envolvimento com as pessoas no ambiente de trabalho (AMESTOY *et al.*, 2014b).

Contudo, Santos *et al.* (2013) concordam que essa maneira de liderar depende fortemente de apoio de chefias superiores, em uma relação de gestão horizontalizada, o que nem sempre está presente nas instituições.

Considerando que o ato de gerenciar está focado na realização da tarefa, direcionado em realizar corretamente as atribuições designadas, Bennis (1996) traz um comparativo entre gerente e líder. O gerente administra, mantém o que já existe, focaliza o sistema e as estruturas, conta com o controle, atendo-se ao “como e quando”, enfim, aceita o *status quo*, mesmo que discorde parcial ou totalmente dele.

O líder inova, é original, desenvolve, focaliza em pessoas, inspira confiança, possui uma perspectiva mais ampla, busca “o que e por que”, olha para o horizonte, buscando desafios (BENNIS, 1996).

Watson, Clark e Tellegen (1988) descrevem que este “bem-estar”, causado pela afetividade do líder junto à sua equipe no ambiente de trabalho, tem impacto em seu desempenho, refletindo na intensidade com que o entusiasmo é experienciado pela equipe, trazendo como resultado um estado de energia e satisfação. Assim, George (1995, p. 779) descreve, em suas pesquisas:

Esse estado afetivo está associado à experiência de emoções positivas que ampliam o escopo de atenção, cognição e ação, bem como os recursos físicos, intelectuais e sociais do indivíduo. Logo, pessoas que

experimentam um elevado grau de afetividade positiva, em geral exibem melhores níveis de engajamento e demonstram mais disposição e proatividade para desenvolver suas atividades laborais.

Esses estreitamentos de relações e satisfação com o trabalho podem ser atingidos com o compartilhamento de experiências, permitindo que o outro seja componente agregador na execução ou estratégia de trabalho. Segundo a OMS, foi recomendado o investimento da construção de habilidades necessárias para a execução do trabalho colaborativo, focando em melhores resultados quanto à qualidade do atendimento na saúde (CAVEIÃO *et al.*, 2016).

Neste cenário, a prática colaborativa para os enfermeiros visa auxiliar na interação entre equipes, áreas, profissionais e setores, para que as atividades sejam realizadas em conjunto, ajudando e respeitando uns aos outros, buscando excelência na assistência prestada (CAVEIÃO *et al.*, 2016).

2.4 Fatores que desafiam a liderança dos enfermeiros

Os fatores que desafiam a liderança são aqueles que trazem componentes capazes de dificultar o processo natural do desenvolvimento das atividades rotineiras.

Em uma pesquisa realizada por Aguiar *et al.* (2014), quando expostos às situações desafiadoras, como conflitos entre membros da equipe de enfermagem, desrespeito entre médicos e enfermeiros, falta de autonomia ou tomada de decisão limitada, pudemos perceber que o exercício da liderança se tornou mais difícil e, por conseguinte, a assistência ao paciente crítico ficou mais arriscada, frente à desestabilização física ou emocional dos líderes e equipe.

Após enfrentar situações desafiadoras como as citadas acima, o autor segue afirmando que, durante sua pesquisa, foi possível evidenciar mudanças no acolhimento do paciente e de sua família, tornando-se mecanizadas e pouco empáticas. Ao mesmo tempo, a falta de flexibilidade nas relações interpessoais, ou a inexistência de horizontalidade na tomada de decisão, bem como seu compartilhamento, pioraram este cenário, uma vez que todos potencializaram a falta de engajamento e, como consequência, diminuíram a qualidade da assistência prestada (AGUIAR *et al.*, 2014)

Para Richter *et al.* (2019), os enfermeiros que ocupam cargos de liderança têm, atreladas à sua função, várias responsabilidades e competências das mais variadas ordens, como o cuidado ao paciente, a demanda da gestão de materiais e insumos, a gestão da equipe, entre outras.

Nugus e Forero (2011) também nos apontam outros desafios trazidos na rotina dos enfermeiros emergencistas, como a superlotação no serviço de Pronto-Atendimento e a falta de material adequado, levando a altos níveis de estresse e patologias, como a síndrome de *burnout*.

Em uma perspectiva interprofissional, esta afirmação pauta-se pela constatação de várias dificuldades, como o compartilhamento de conhecimento, resistência profissional ao trabalho colaborativo, indefinições de papéis, trabalho individual dentro de categorias de referência, desconhecimento do outro, pouca valorização profissional, além de problemas na infraestrutura do setor crítico, falta dos principais insumos para uma adequada assistência, comportamentos conflituosos e falhas de comunicação (VILELA; AMADO, 2018).

Ainda como um desafio para o exercício da liderança de maneira efetiva pelos enfermeiros de setores críticos, evidenciou-se que, quanto mais difícil ou conturbada a comunicação, maior a insatisfação dos colaboradores, pois a comunicação efetiva é capaz de apoiar o controle sobre a prática, a tomada de decisão à beira do leito e o trabalho em equipe (AGUIAR *et al.*, 2010).

Abbenbroek; Duffield e Elliot (2014) apontaram que os enfermeiros reconhecem que, quanto maior o número de leitos de UTI, menos eficaz é a comunicação entre os mesmos e a equipe, pois estes profissionais entendem que, neste contexto, fica presente a falta de personalização, fazendo com que informações se percam ou haja falhas de comandos.

Deste modo, a comunicação representa uma característica fundamental no processo de liderança, uma vez que ambas caminham lado a lado com o intuito de promover a gestão dos conflitos dentro da própria equipe e com os demais profissionais (ABBENBROEK; DUFFIELD; ELLIOT, 2014)

Sem dúvida nenhuma, este é um dos maiores desafios, não só para a liderança e os pares, mas também para todos os envolvidos nos processos de trabalho e relação do cuidar na administração de uma unidade crítica (GELBCKE *et al.*, 2009, p. 138).

Em uma unidade de cuidados críticos, em que o trabalho ocorre em um ambiente restrito, tenso e estressante, superar as diferenças e os conflitos é algo extremamente necessário. É na equipe de enfermagem que se tem um espaço para construir novos laços e relações, em que compartilhar seja uma premissa, em que o respeito à diversidade esteja presente, em que a comunicação seja um instrumento e não um entrave, em que se construam relações mais harmônicas e democráticas, embora se reconheça que os são necessários para impulsionar mudanças e assim devem ser trabalhados.

A comunicação efetiva ainda é uma das características em que a liderança se apoia como recurso para gerenciamento de conflitos, sendo reconhecida pelos líderes como um fator desafiador. Quando um local atribui importância em abordá-lo, podemos dizer que esta instituição possui “saúde organizacional” (TEIXEIRA; SILVA; DRAGANOV, 2018).

Os autores categorizam três tipos de conflitos comunicacionais, a saber: (TEIXEIRA; SILVA; DRAGANOV, 2018):

- a) **Conflito intrapessoal**, que envolve dificuldades internas no esclarecimento de valores e desejos contraditórios;
- b) **Conflito interpessoal**, entre duas ou mais pessoas, com valores, metas e crenças diferentes;
- c) **Conflito intergrupual**, entre dois ou mais grupos de pessoas, departamentos ou organizações.

Além de categorizar o tipo de conflito para obter o entendimento de sua origem e conduzi-lo da melhor maneira, é importante classificá-lo, com o objetivo de entender como se apresenta e se comporta, para buscar as alternativas adequadas e gerenciá-los. Assim, Teixeira, Silva e Draganov (2018, p. 13) citam uma maneira de classificação para melhor compreensão do fenômeno:

[...] O conflito pode ser classificado em: *conflito latente* em que por mais que haja consciência de que existe um conflito por ambas as

partes, não há declaração, não se tornando algo que precise ser trabalhado. Existe o *conflito percebido*, em que há existência e percepção do conflito, mas não há manifestação por ambas as partes. Temos o *conflito sentido*, em que atinge todas as partes, mantendo a emoção e consciência do mesmo. E há o *conflito manifesto*, que também atinge todas as partes, porém é nítido para terceiros e pode prejudicar a dinâmica do grupo.

Corradi, Zgoda e Paul (2008) mostram que os fatores que podem gerar um conflito são inúmeros e destacam, entre eles: falta de compromisso com os objetivos do trabalho, diferenças frente às particularidades de atuação, disputas por poder, problemas pessoais, desmotivação devido à baixa remuneração, insuficiência de conhecimento técnico, falta de experiência no exercício de atividades, entre outros.

Por outro lado, as maneiras como os conflitos são conduzidos podem ser transformadoras e gerarem mudanças construtivas, se direcionadas e compreendidas de maneira positiva, ou podem ser destrutivas, se mal encaminhadas (AMESTOY *et al.*, 2014a).

Neste contexto, Escalda e Parreira (2018) reforçam a necessidade da incorporação de práticas colaborativas e da criação de espaços propícios ao diálogo e ao estabelecimento de consensos, que resultam na integralidade do cuidado e segurança do paciente.

Outra competência considerada uma premissa para o desenvolvimento de um líder é a habilidade do respeito, que começa consigo mesmo, passa por seus pares e equipe e, fundamentalmente, com o seu paciente (SABBAH *et al.*, 2020).

O respeito traz consigo empoderamento, aplicável em todas as esferas que compõem a liderança; não o negligenciar, indiscutivelmente, é uma forma de mantê-lo sustentável. Os processos avaliativos podem e devem ser instrumentos de grande relevância no diagnóstico, acompanhamento e retrato final do desempenho do enfermeiro e sua equipe (SABBAH *et al.*, 2020).

As avaliações de desempenho são uma possibilidade de repactuação muito eficiente, a partir de pressupostos como transparência, compromisso e escuta de ambos os lados. Essas estratégias favorecem a liderança, pois aproximam o líder de sua equipe, desenvolvem planos de melhoria e permitem correções (SABBAH *et al.*, 2020).

2.5 Fatores de estrutura institucional que influenciam na liderança dos enfermeiros

O contexto organizacional é, indiscutivelmente, um espaço de vital importância no desenvolvimento da liderança dos enfermeiros (ABELHA; CARNEIRO; CAVAZOTTE, 2018).

Balsanelli e Cunha (2015) trazem, em suas pesquisas, que o ambiente de trabalho é um aspecto de influência quanto ao desenvolvimento da liderança, evidenciando-se, com frequência, um espaço formativo capaz de atrair e fazer com que esses profissionais construam um conjunto de conhecimentos de grande solidez.

Aguiar *et al.* (2010) reforçam esta ideia, ao enfatizarem que as estratégias de liderança da enfermagem estão desenhadas sob a ótica de três pilares que sustentam a gestão: o primeiro diz respeito aos recursos humanos qualificados; o segundo consiste no investimento em materiais adequados disponíveis para consumo das equipes e o terceiro garante que o espaço físico seja seguro para paciente e equipe.

Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é um recurso de grande potência na geração de conhecimento e de sua sustentabilidade. Para tanto, a instituição necessita apoiar as decisões, projetos e fortalecer a autonomia do enfermeiro em suas tomadas de decisão relacionadas aos processos assistenciais (SABBAH *et al.*, 2020).

Lanzoni e Meirelles (2011) reforçam a ação do enfermeiro líder como um pilar importante para a criação de ambientes saudáveis, tanto em sua estrutura física, como também em sua lógica de trabalho, considerando a construção de uma atividade interprofissional.

2.6 Fatores de liderança em ambientes de Terapia Intensiva e Pronto Socorro

As unidades críticas trazem, em sua essência, a premissa de um enfermeiro com alta *performance* de liderança, baseada em um vasto conhecimento técnico, para que desempenhe, junto à sua equipe, as tomadas de decisão da maneira mais

assertiva possível, permeadas por processos comunicacionais adequados, gerando relações de trabalho produtivas (BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012; SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009).

É importante contextualizar essas unidades que apresentam níveis altos de atenção, estresse, e exigem decisões rápidas e eficientes, bem como seu compartilhamento no desenvolvimento de tarefas.

Assim, a liderança é uma competência necessária ao enfermeiro, especialmente em áreas críticas. Concomitantemente, seu desenvolvimento ainda na graduação não tem se mostrado suficiente para os desafios do mundo do trabalho. Desta forma, os condicionantes institucionais, como a EPS e a qualificação em cursos de pós-graduação, são, indiscutivelmente, o caminho a ser percorrido.

Frente a esta problemática, surgiram questões que nortearam a presente pesquisa:

- a) Qual a necessidade de construir um instrumento do tipo Likert, que identifique os fatores favorecedores, desafiadores, institucionais e setoriais de áreas críticas no desempenho da liderança dos enfermeiros?
- b) Como é possível realizar a identificação da percepção dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem que norteiam as assertividades, fragilidades e potencial de liderança em uma Unidade de Terapia Intensiva e de Pronto-Atendimento?

Tais inquietações geraram os objetivos, que abordaremos no capítulo seguinte.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar as assertividades, fragilidades e potenciais de liderança dos enfermeiros de UTI e PS de um hospital privado da cidade de São Paulo.

3.2 Objetivos específicos

- Construir escala do tipo Likert direcionada para autoavaliação dos enfermeiros de UTI e PS e avaliação da liderança dos enfermeiros por meio da percepção dos técnicos em enfermagem;
- Identificar, conhecer e analisar os fatores que estimulam a liderança de maneira positiva no trabalho do enfermeiro em unidades críticas, como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Pronto-Socorro (PS), à luz de sua autoavaliação e dos membros de sua equipe;
- Identificar, conhecer e analisar os fatores que desafiam a liderança do enfermeiro em unidades críticas, como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Pronto-Socorro (PS), à luz de sua autoavaliação e dos membros de sua equipe;
- Identificar, conhecer e analisar os fatores de estrutura institucional que influenciam a liderança do enfermeiro em unidades críticas, como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Pronto-Socorro (PS), à luz de sua autoavaliação e dos membros de sua equipe;
- Identificar, conhecer e analisar os fatores de liderança frente às peculiaridades dos ambientes de Terapia Intensiva (UTI) e Pronto-Socorro (PS), na construção sustentável de modelos de líderes junto aos enfermeiros, à luz de sua autoavaliação e dos membros de sua equipe.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, quali-quantitativo, que pretendeu conhecer, descrever e interpretar um fenômeno, neste caso, o perfil de liderança dos enfermeiros das UTI e PS (autoavaliação) e como este é percebido pelos técnicos em enfermagem que compõem suas equipes.

O processo de autoavaliação e avaliação se deu por meio da construção de dois instrumentos do tipo Likert, aplicados separadamente em cada grupo.

A prática da autoavaliação, associada com a avaliação por outros indivíduos, é capaz de fornecer aos profissionais inúmeros benefícios, entre eles, a riqueza das informações que são utilizadas no desenvolvimento, planejamento de ações, promoção de discussões e oportunidades de crescimento em ambos os grupos (RUDY *et al.*, 2001).

De acordo com Minayo (1996, 2012), as abordagens qualitativa e quantitativa não se opõem, mas se complementam, para explicar a multicausalidade dos problemas e buscar as respostas que a sociedade exige.

A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza; (...) a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém não se opõe. Ao contrário, se complementam, pois, a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO, 1996, p. 22).

Gil (2010) nos diz que as pesquisas exploratórias têm o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema a ser estudado, o que constitui um modo de oferecer informações sobre o fato ou fenômeno estudado.

Na pesquisa descritiva, ocorre a descrição das características de determinado grupo, podendo ir além da simples identificação da relação entre variáveis.

Como documentos de análise, consideramos as DCN para a graduação em enfermagem, a Lei de Exercício Profissional e o Código de Ética Profissional. Contudo, vale destacar que os mesmos não passaram pela validação de conteúdo e foram considerados elementos norteadores para a interpretação do tema.

4.1 Campo de pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital e Maternidade São Luiz (Rede D'Or Unidade Itaim Bibi), nas Unidades de Terapia Intensiva (Adulto e Neonatal) e Pronto-Socorro (Adulto e Obstétrico).

A Rede D'Or deu início às suas atividades em meados de 1977, no Rio de Janeiro, e ao longo do tempo se expandiu pelo Brasil. Hoje, a rede está presente em São Paulo, Distrito Federal, Pernambuco, Maranhão e Bahia, focando suas atividades em tecnologia, na qualificação dos profissionais e na expansão de seu atendimento (REDE D'OR SÃO LUIZ, 2020).

A Rede D'Or é conhecida por sua atuação na área da saúde e pelo seu investimento em cirurgias com alta tecnologia, auxiliadas por robôs, minimamente invasivas.

A Rede D'Or é composta por 7,3 mil leitos; 4,05 milhões de atendimentos emergenciais/ano; 278 mil cirurgias/ano; 5 mil cirurgias robóticas nos últimos quatro anos; 33 mil partos; 476,9 mil internações; 51,4 mil colaboradores e 87 mil médicos (REDE D'OR SÃO LUIZ, 2020).

O Hospital Maternidade São Luiz Unidade Itaim foi fundado em 1938, composto por 12 leitos. Em 1940, ele já possuía o primeiro Pronto-Socorro da região.

Esta instituição tem a certificação nacional, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), e internacional, pela Joint Commission International (JCI). Também possui um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), indo ao encontro das regulamentações e enquadramento ético pertinente no Brasil.

Atualmente, são 551 CEP em todo o País, 277 cadastrados. O CEP/RDSL é uma instância colegiada, que desempenha papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência. Os CEP foram criados em atendimento à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos.

Nesta resolução, fica definido que toda pesquisa (atividade que tem como objetivo desenvolver/contribuir para o conhecimento) envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um CEP.

4.2 População pesquisada

A população total de profissionais que atuavam nas UTI e PS do Hospital São Luiz no período da pesquisa era de 102 enfermeiros e 325 técnicos de enfermagem.

A amostra considerada para a pesquisa foi de 51 (50%) enfermeiros e 56 (17,23%) técnicos em enfermagem.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Como critério de inclusão, foram selecionados os enfermeiros e técnicos em enfermagem atuantes nos setores de UTI e PS, que tivessem mais de três meses de trabalho na instituição, não estivessem em cumprimento de aviso prévio ou afastamento médico, aqueles que concordaram e assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e se dispuseram a responder o instrumento. Foi excluído o público inverso ao ditado nos critérios de inclusão.

4.4 Procedimento de construção do instrumento

Foram construídas e aplicadas duas escalas do tipo Likert, sendo um para o grupo de enfermeiros, e outro para o grupo de técnicos em enfermagem que atuavam nas Unidades de Terapia Intensiva e Pronto-Socorro Adulto do Hospital São Luiz.

A literatura nos fornece um grande número de produções científicas, que trazem instrumentos prontos para aplicação. Abaixo, apresentamos alguns exemplos, como Grid Gerencial, MLQ, NWI-R, DISC, entre outros, e vamos discutir sobre os principais instrumentos que foram utilizados como norteadores para a construção do atual instrumento.

Grid Gerencial

O instrumento Grid Gerencial foi adaptado por Trevisan (1993) para auxiliares de enfermagem e enfermeiros, com o intuito de avaliar o perfil de liderança do enfermeiro, com adaptação para o âmbito de saúde hospitalar e direcionado ao grupo de enfermeiros (TREVIZAN, 1993)

Conforme Blake e Mounton (1995 p. 11), este instrumento

identifica as principais teorias sobre os modos de exercer a liderança, tendo em vista a produção com o concurso e por intermédio dos outros, assim conduz o avaliador a refletir sobre aspectos como tomada de decisão, solução de conflitos, investigação, posicionamento e iniciativa, fazendo um comparativo entre a preocupação do líder com as pessoas e suas tarefas, propondo uma representação gráfica bidimensional dos estilos de liderança.

Apesar de o instrumento, após a adaptação de Trevizan (1993), estar direcionado à equipe de enfermagem, havia dissonância em relação à semântica cultural, asserções que não refletiam a realidade do cenário que seria pesquisado, construção com asserções indutivas de respostas e pouco direcionamento para a verificação do contexto em todas as dimensões que abarcavam a liderança, fazendo com que o mesmo não fosse usado neste trabalho.

MLQ - *Multifactor Leadership Questionnaire*

Avolio, Bass e Jung (1999) providenciaram uma expansiva e refinada versão da liderança, que culminou com o desenvolvimento do *Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ)*. Este questionário é composto por sete fatores: dois fatores transacionais, quatro fatores transformacionais e um fator que denota ausência de liderança.

As questões que compõem o instrumento tratam da percepção dos empregados em relação ao comportamento do líder e possuem, também, itens que medem o esforço extra, a efetividade e a satisfação, expressos por: Influência individualizada (comportamento ou atributo); Motivação inspiracional; Estimulação intelectual; Consideração individualizada, Gestão por exceção (ativa e passiva); Recompensa contingente ou ausência de liderança "*Laissez-faire*" (AVOLIO; BASS; JUNG, 1999).

Diante da proposta de nossas pesquisas, este instrumento seria adequado. Porém, necessitaria de tradução para a língua portuguesa do Brasil, com adaptação semântica para a região do país e particularidades locais, além de necessitar de adaptação de asserções, alto custo para aquisição dos instrumentos e impossibilidade

de publicação na íntegra do instrumento, por conta das políticas da empresa portadora dos direitos. Estes motivos foram impeditivos para a utilização deste instrumento de avaliação do perfil de liderança dos enfermeiros de UTI e PS.

DISC – Dominante, Influyente, Estável e Cauteloso

O instrumento DISC trata-se de uma abreviação de Dominante (focado em tarefas, orientado a resultados, objetivos diretos e assertivos); Influyente (focado em pessoas, orientado à comunicação, alegre, sorridente e otimista); Estável (focado em harmonização, orientado a rotinas, amável, paciente e persistente); Cauteloso (focado em fatos concretos, orientado a regras, preciso, lógico e cuidadoso).

Estes quatro perfis determinam, percentualmente, a predominância e ausência das características de cada item, que representam, graficamente, a condição em que o indivíduo se encontra.

O relatório DISC tem fundamentação teórica e algoritmos gerados a partir do trabalho do psicólogo norte-americano William Moulton Marston. Em 1928, publicou "*Emotions of normal people*", cujo objetivo, inicialmente, foi sistematizar modelos de interação humana, a partir da interdependência das emoções, das ações e dos ambientes, estudando a forma como as pessoas se comportavam para realizarem seus prazeres e evitarem a dor, utilizando estilos mais hostis ou amigáveis, de acordo com o ambiente e suas necessidades (MARSTON, 2014).

Este instrumento seria adequado para mensurar o perfil dos enfermeiros. Porém, não seria possível avaliar inversamente utilizando a visão da equipe de enfermagem, sob o aspecto de liderança dos enfermeiros. Além do instrumento necessitar de licença para sua aplicação e representar um alto custo, os indivíduos precisariam se identificar, impossibilitando o anonimato, pois o DISC traz a devolutiva de sua aplicação, com o objetivo de auxiliar o avaliador a se conhecer.

NWI-R - Nursing Work Index Revised

Este instrumento foi desenvolvido em 1989, por Kramer e Hafner, inicialmente contendo 65 itens e, após revisão, passou a 57 itens, com base nos trabalhos realizados pela Academia Americana de Enfermagem, associados à satisfação no

trabalho para enfermeiros, baseados nas características dos Hospitais Magnet (GASPARINO; GUIRARDELLO; AIKEN, 2011).

O intuito deste instrumento foi avaliar o ambiente da prática da enfermagem, dividida em 4 dimensões: Autonomia, Controle sobre a prática da enfermagem, Relação médico-enfermeiro e Suporte organizacional (GASPARINO; GUIRARDELLO; AIKEN, 2011).

O mesmo foi utilizado em diversos estudos nos Estados Unidos, onde concluiu-se a importância de determinadas características no ambiente de trabalho, nos Hospitais Magnet e não Magnet, com o intuito de verificar as diferenças das práticas de enfermagem, confirmando estes cenários através das 4 dimensões deste instrumento (GASPARINO; GUIRARDELLO; AIKEN, 2011).

Apesar de o instrumento apresentar uma considerável abrangência de itens, o intuito era apresentar a realidade da liderança dos enfermeiros nas UTI e PS, e esta pesquisa envolvia aspectos que não seriam abarcados com seu uso.

Para tanto, optamos por um instrumento que respondesse, de forma mais assertiva e personalizada, o nosso objeto de pesquisa, com a construção de uma escala, pois as existentes na literatura não se mostravam contributivas aos objetivos propostos nesta pesquisa.

A escala de Likert foi desenvolvida por Rensis Likert, em 1932, e inicialmente destinada à avaliação de níveis de satisfação de consumidores de bens e serviços, considerando uma relação entre as opiniões expressas e a compra (LIKERT, 1932).

Com o passar dos anos, sua aplicabilidade se expandiu para outras áreas profissionais, porém, sofrendo adaptações diante dos processos de avaliação de opinião e satisfação, considerando as particularidades, principalmente relacionadas às condições sociais (CARDOSO *et al.*, 2017; FERREIRA, 2004; FERREIRA; BATISTA, S.; BATISTA, N., 2013; FERREIRA; RODRIGUES, 2019; MORAES *et al.*, 2019; SOUZA; FERREIRA, 2019).

Segundo a mesma autora, este instrumento constitui uma escala de percepção, que busca verificar o nível de concordância do indivíduo, com assertivas positivas ou negativas sobre o objeto da pesquisa.

Para a adequada construção da escala atitudinal do tipo Likert, foram desenvolvidas as seguintes etapas:

- a) Construção de dimensões à luz dos objetivos estipulados na pesquisa: Foram construídas 4 dimensões, que abarcavam a liderança frente aos aspectos de pontos fortalecedores (10 asserções), desafiadores (12 asserções), institucionais (9 asserções), e setoriais (6 asserções), diante da particularidade das Unidades de Terapias Intensivas e Prontos-Socorros, embasados em literatura direcionada para gestão e liderança, assim como aspectos técnicos específicos para UTI e PS, fortalecidos pelos descritivos definidores encontrados na DCN para graduação em enfermagem acerca de liderança;
- b) Construção de 25 asserções positivas e 12 negativas;
- c) Uso de fraseologia clara, objetiva e pertinente à população dos respondentes para cada dimensão, por meio de: Equivalência semântica (significado das palavras); Equivalência cultural (termos e situações cotidianas diferentes entre as culturas); Equivalência conceitual (palavras que possuem significados culturais diferentes);
- d) Randomização das asserções: Distribuídas de maneira intercalada, uma asserção de cada dimensão, até o esgotamento da possibilidade de mescla;
- e) Oferta de quatro opções de resposta: Concordo; Inclinado a concordar; Inclinado a discordar e Discordo.

Após a construção do referido instrumento, o mesmo foi validado por um júri (composto por 14 profissionais enfermeiros e técnicos em enfermagem) em um pré-teste e as colaborações foram incorporadas.

Na sequência foram distribuídos 51 escalas entre os enfermeiros e 56 escalas entre os técnicos de enfermagem que atuam no Pronto-Socorro Adulto e Unidades de Terapia Intensiva adulto e neonatal de um hospital privado da cidade de São Paulo.

O instrumento foi elaborado com 37 asserções, randomizadas por quatro dimensões:

- a) Fatores que estimulam a liderança – D1;
- b) Fatores que dificultam a liderança – D2;

- c) Fatores de estrutura institucional – D3;
- d) Fatores de liderança em unidades críticas – D4.

Foram validadas 28 das 37 asserções para o grupo de enfermeiros e 33 das 37 asserções para os técnicos de enfermagem.

O processo de validação de conteúdo do instrumento constou das seguintes etapas:

- a) Construção de asserções à luz da:
 - Equivalência semântica (significado das palavras);
 - Equivalência cultural (termos e situações cotidianas diferentes entre as culturas);
 - Equivalência conceitual (palavras que possuem significados culturais diferentes).

Foram consideradas quatro opções de respostas, sendo:

- a) Concordo plenamente.
- b) Inclinado a concordar.
- c) Inclinado a discordar.
- d) Discordo plenamente.

A seguir, as mesmas receberam uma pontuação em duas escalas – 1/2/3/4 e 4/3/2/1 – e foram randomizadas, evitando que o respondente identificasse a dimensão que aquela asserção pertencia.

Foi realizado um pré-teste, com o acolhimento das contribuições dadas pelos juízes, para posterior aplicação do referido instrumento.

Após a aplicação, foi realizada a validação estatística, para analisar a dispersão das asserções, por meio da correlação linear (r).

Na sequência, avaliou-se a confiabilidade do instrumento, por meio do teste de Spearman-Brown (R) e Alfa de Cronbach (R) e, por último, foi aplicada a análise de variância – ANOVA –, com o intuito de verificar se os eixos de análise escolhidos pela pesquisadora interferiram nos resultados obtidos. Tais eixos foram:

- a) Faixa etária;
- b) Sexo;
- c) Formação;
- d) Tempo de experiência na função;
- e) Tempo de trabalho nesta Instituição;
- f) Setor.

5 RESULTADOS

Serão apresentados o perfil da população e as respectivas amostras de análise. Foram considerados os seguintes eixos para análise da população: Faixa etária, Sexo, Formação, Tempo de experiência na função, Tempo de trabalho nesta Instituição e Setor.

No eixo “Faixa etária”, foram considerados sete intervalos, sendo: de 20 a 24 anos, de 25 a 29 anos, de 30 a 34 anos, de 35 a 39 anos, de 40 a 44 anos, de 45 a 49 anos e acima de 50 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por faixa etária, São Paulo, 2020.

Faixa etária	% - Respondentes	
	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem
20 a 24 anos	0,0%	14,3%
25 a 29 anos	11,8%	8,9%
30 a 34 anos	25,5%	14,3%
35 a 39 anos	25,5%	25,0%
40 a 44 anos	23,5%	23,2%
45 a 49 anos	13,7%	10,7%
acima 50 anos	0,0%	3,6%

O eixo “Sexo” foi agrupado em Feminino e Masculino (Tabela 2).

Tabela 2 – Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por sexo, São Paulo, 2020.

Sexo	% - Respondentes	
	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem
Feminino	76,5%	80,4%
Masculino	23,5%	19,6%

O eixo “Formação” teve a seguinte composição: Doutorado; Mais de uma Pós-Graduação; Não possui Pós-Graduação; uma Pós-Graduação na área de UTI ou PA; Graduação; Graduação em andamento e Técnico (Tabela 3).

Tabela 3 – Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por formação, São Paulo, 2020.

Formação	% - Respondentes	
	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem
Doutorado	1,9%	0,0%
Mais de uma pós graduação	47,1%	0,0%
Não possui pós graduação	3,9%	0,0%
Uma pós graduação na área de UTI ou PA	47,1%	12,5%
Graduação	0,0%	5,3%
Graduação em Andamento	0,0%	16,1%
Técnico	0,0%	66,1%

Quanto ao “Tempo de experiência na função”, ficou distribuído em cinco faixas: 1 a 3 anos, 4 a 9 anos, 10 a 15 anos, 16 a 20 anos e acima de 20 anos (Tabela 4).

Tabela 4 – Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por tempo de experiência na função, São Paulo, 2020.

Tempo de experiência na função	% - Respondentes	
	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem
1 a 3 anos	11,8%	16,1%
4 a 9 anos	33,3%	26,8%
10 a 15 anos	31,4%	30,3%
16 a 20 anos	17,6%	17,9%
acima 20 anos	5,9%	8,9%

O eixo “Tempo de trabalho nesta Instituição” nesta Instituição ficou também com cinco faixas: menos de 1 ano, 1 a 3 anos, 4 a 9 anos, 10 a 15 anos e acima de 15 anos (Tabela 5).

Tabela 5 – Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por tempo de trabalho nesta instituição, São Paulo, 2020.

Tempo de trabalho nesta Instituição	% - Respondentes	
	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem
menos 1 ano	7,8%	3,6%
1 a 3 anos	31,4%	41,1%
4 a 9 anos	29,4%	37,5%
10 a 15 anos	17,7%	12,5%
acima 15 anos	13,7%	5,3%

O eixo “Setor de atuação” foi dividido em quatro áreas: Pronto-Atendimento Adulto (PA – Adulto), Pronto-Atendimento Obstétrico (PA - Obstétrico), Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI – Adulto) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI – Neonatal) (Tabela 6).

Tabela 6 – Perfil da população dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem e respectiva amostra, São Paulo, 2020.

Setor de Atuação	Total de Profissionais		Respondentes			
	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem	Enfermeiros		Técnicos de Enfermagem	
			Total	%	Total	%
PA - Adulto	12	50	7	58%	7	14%
PA - Obstétrico	6	12	4	67%	4	33%
UTI - Adulto	44	120	27	61%	19	16%
UTI - Neonatal	40	143	13	33%	26	18%
Total	102	325	51	50%	56	17%

Esta metodologia prevê como aceitável para critério de validação uma perda (não validação) de 30% a 40% das asserções (MILONE, 2009); no caso, seria de 11 a 15 asserções.

Nesta pesquisa, tivemos uma perda de nove asserções no instrumento avaliado pelos enfermeiros, representando 24% de perdas, sendo validadas 28 asserções e 11% de perdas para os técnicos em enfermagem. (Tabela 7).

Tabela 7 – Resultado da análise das asserções após a segunda administração, das avaliações dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, São Paulo, 2020.

Validação Instrumento	Nº Asserções Perdidas	% - Perdas
Enfermeiros	9	24%
Técnico de Enfermagem	4	11%

O processo de validação do instrumento, conforme exposto anteriormente, pautou-se na identificação da dispersão das asserções, por meio da aplicação da correlação linear (Tabela 8).

Tabela 8 – Resultado da dispersão das asserções validadas pelos Enfermeiros e pelos Técnicos de Enfermagem, São Paulo, 2020.

Validação Instrumento	Nº Asserções Validadas	Dispersão
Enfermeiros	28	0,78
Técnico de Enfermagem	33	0,86

A dispersão foi calculada a partir das correlações existentes entre as asserções pares e ímpares, mostrando maior homogeneidade dos dados.

Quanto à confiabilidade, foram aplicados os coeficientes de Spearman-Brown e Alfa de Cronbach, conforme podemos observar nas tabelas (ANASTASI, 1977; CRONBACH, 1951; RITZ, 2000; SCHIMIDT, 1975) (Tabela 9).

Tabela 9 – Resultado da confiabilidade pela fórmula de Spearman-Brown e da fórmula de Alfa de Cronbach das asserções validadas pelos Enfermeiros e pelos Técnicos de Enfermagem, São Paulo, 2020.

Validação Instrumento	Nº Asserções Validadas	Confiabilidade	
		Spearman-Brown	Alfa de Cronbach
Enfermeiros	28	0,88	0,88
Técnico de Enfermagem	33	0,93	0,92

Desta forma, passamos a apresentar a configuração das dimensões e suas asserções após o processo de validação estatística.

Gráfico 1 – Médias das asserções não validadas dos Enfermeiros e dos Técnicos de Enfermagem, São Paulo, 2020

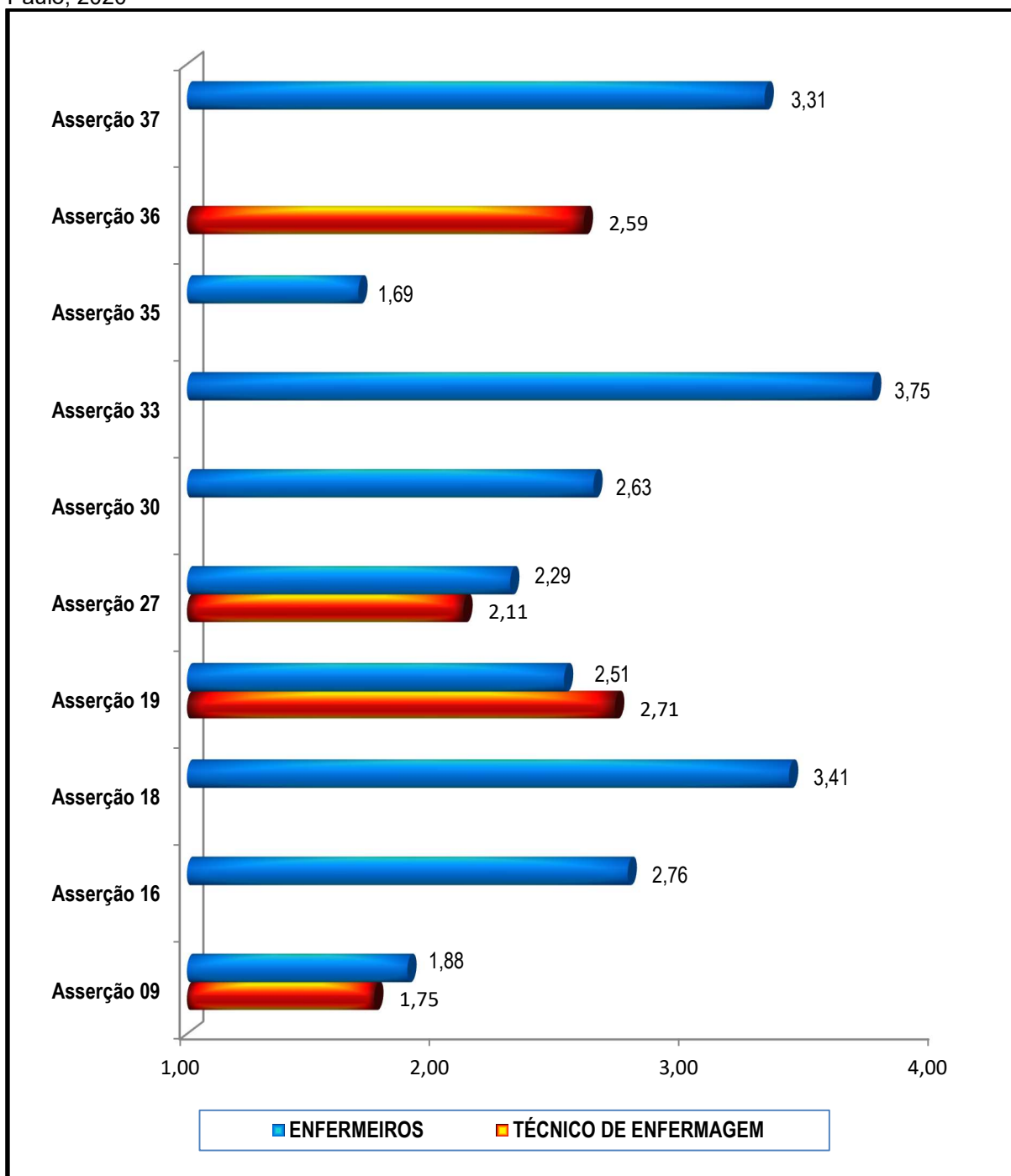


Gráfico 2 – Médias das asserções validadas, dos Enfermeiros e dos Técnicos de Enfermagem, São Paulo, 2020.

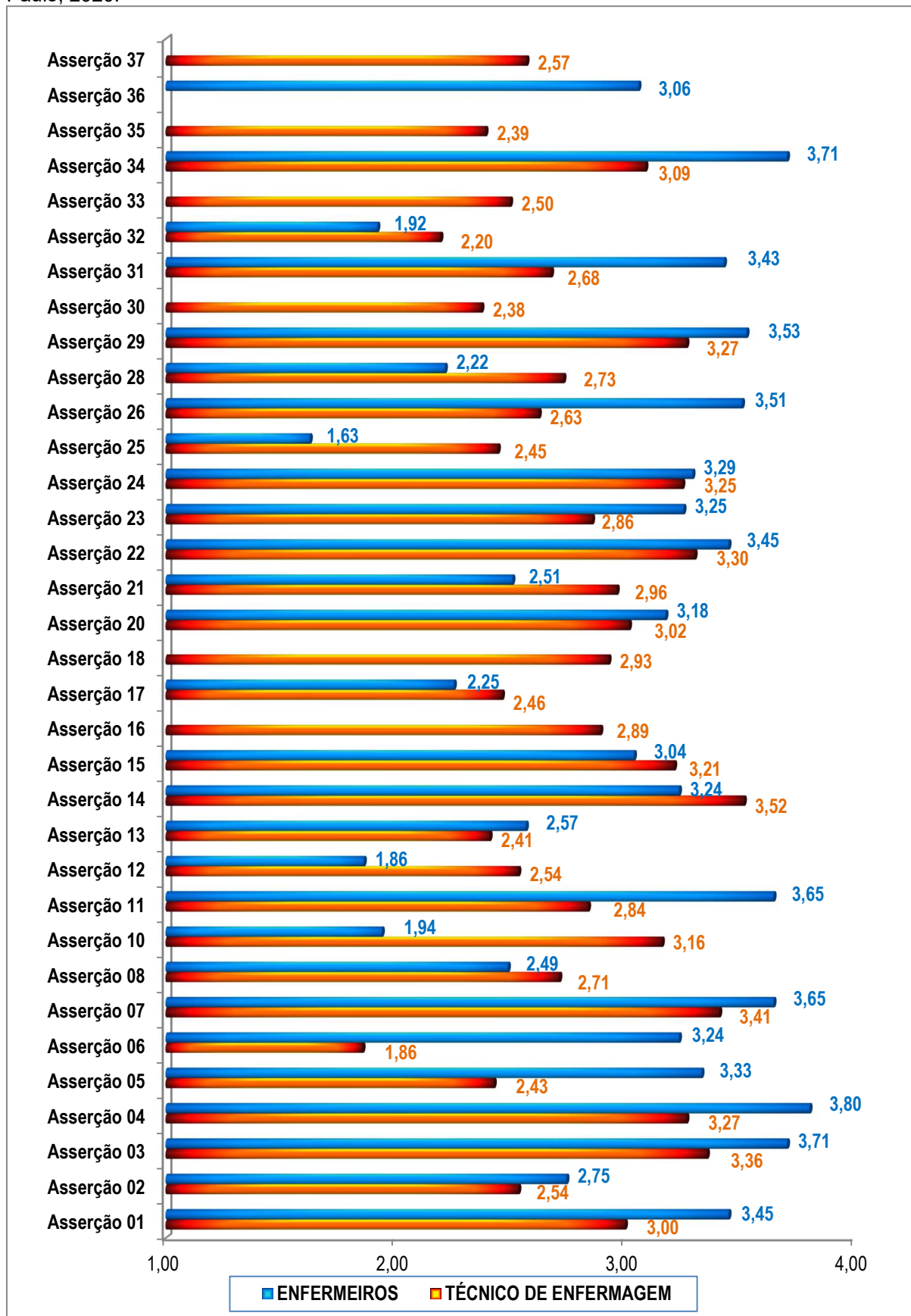
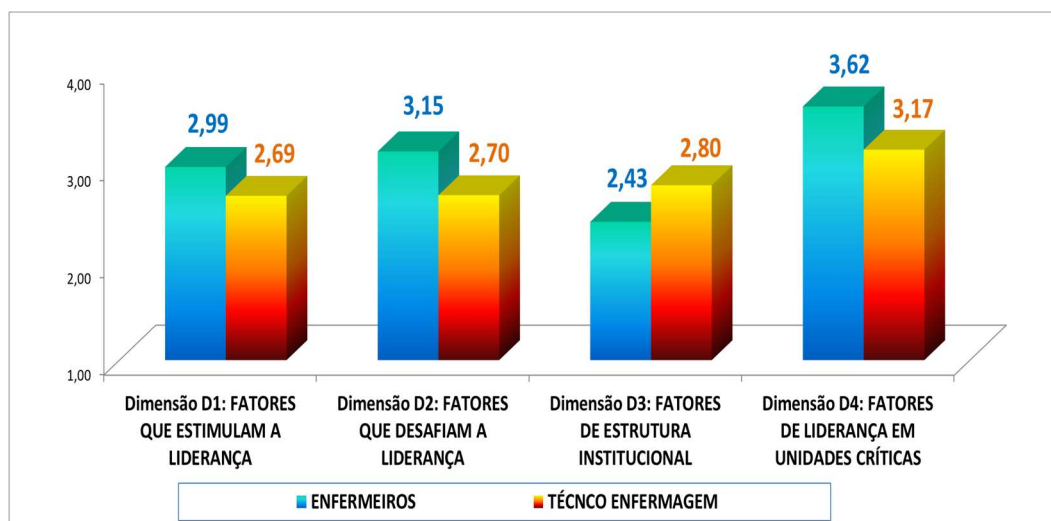


Gráfico 3 – Perfil Geral Atitudinal por Dimensão, dos Enfermeiros e dos Técnicos de Enfermagem, São Paulo, 2020



Passaremos à discussão dos resultados encontrados.

Em relação aos eixos, podemos ver, dentro de faixa etária, que houve maior concentração de enfermeiros com idade entre 30 a 39 anos (51%) (Tabela 1) e de técnicos de enfermagem entre 35 e 44 anos (48,2%). Em gênero, observa-se a prevalência do sexo feminino, em ambos os grupos (Tabela 2).

Tabela 1 – Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por faixa etária, São Paulo, 2020.

Faixa etária	% - Respondentes	
	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem
20 a 24 anos	0,0%	14,3%
25 a 29 anos	11,8%	8,9%
30 a 34 anos	25,5%	14,3%
35 a 39 anos	25,5%	25,0%
40 a 44 anos	23,5%	23,2%
45 a 49 anos	13,7%	10,7%
acima 50 anos	0,0%	3,6%

Tabela 2 – Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por sexo, São Paulo, 2020.

Sexo	% - Respondentes	
	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem
Feminino	76,5%	80,4%
Masculino	23,5%	19,6%

O itinerário formativo dos enfermeiros e técnicos de enfermagem evidenciou boa qualificação, conforme podemos ver na Tabela 3. A qualificação da enfermagem como categoria profissional é um fenômeno decorrente, entre outros aspectos, da complexidade que a saúde como um todo passou a ter no último século.

Tabela 3 – Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por formação, São Paulo, 2020.

Formação	% - Respondentes	
	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem
Doutorado	1,9%	0,0%
Mais de uma pós graduação	47,1%	0,0%
Não possui pós graduação	3,9%	0,0%
Uma pós graduação na área de UTI ou PA	47,1%	12,5%
Graduação	0,0%	5,3%
Graduação em Andamento	0,0%	16,1%
Técnico	0,0%	66,1%

Evidentemente, tal complexidade foi acompanhada por um salto tecnológico, o que demandou, de todos os profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermagem, a necessidade de uma *expertise* maior (FERREIRA, 2004).

Já a Tabela 4 nos mostra o tempo de experiência desses profissionais. Podemos perceber que, tanto os enfermeiros como os técnicos de enfermagem têm entre 4 a 15 anos de experiência na função; especificamente na instituição pesquisada, referem de 1 a 9 anos de permanência (Tabela 5).

Tabela 4 – Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por tempo de experiência na função, São Paulo, 2020.

Tempo de experiência na função	% - Respondentes	
	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem
1 a 3 anos	11,8%	16,1%
4 a 9 anos	33,3%	26,8%
10 a 15 anos	31,4%	30,3%
16 a 20 anos	17,6%	17,9%
acima 20 anos	5,9%	8,9%

Tabela 5 – Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por tempo de trabalho nesta instituição, São Paulo, 2020.

Tempo de trabalho nesta Instituição	% - Respondentes	
	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem
menos 1 ano	7,8%	3,6%
1 a 3 anos	31,4%	41,1%
4 a 9 anos	29,4%	37,5%
10 a 15 anos	17,7%	12,5%
acima 15 anos	13,7%	5,3%

A escala teve sua validação estatística pautada por duas perspectivas; a primeira, quanto à sua dispersão. Nesta análise, por meio do coeficiente de correlação linear, a dispersão ficou em 0,78 e 0,86, respectivamente, para enfermeiros e técnicos em enfermagem, o que denotou excelente validação de conteúdo (MILONE, 2009) (Tabelas 7 e 8).

Tabela 7 – Resultado da análise das asserções após a segunda administração, das avaliações dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, São Paulo, 2020.

Validação Instrumento	Nº Asserções Perdidas	% - Perdas
Enfermeiros	9	24%
Técnico de Enfermagem	4	11%

Tabela 8 – Resultado da dispersão das asserções validadas pelos Enfermeiros e pelos Técnicos de Enfermagem, São Paulo, 2020.

Validação Instrumento	Nº Asserções Validadas	Dispersão
Enfermeiros	28	0,78
Técnico de Enfermagem	33	0,86

A confiabilidade do instrumento foi verificada por meio de duas provas, sendo a primeira a fórmula de Spearman-Brown e a segunda, o Alfa de Cronbach.

É importante destacar que o parâmetro de cada prova é diferente; para a fórmula de Spearman-Brown, um resultado confiável deve ser igual ou superior a 0,80 e, nesta pesquisa, tivemos 0,88 (SCHIMIDT, 1975).

Já o Alfa de Cronbach admite a confiabilidade a partir de 0,70 e obtivemos 0,92; desta forma, podemos reiterar a solidez da confiabilidade deste instrumento. (CRONBACH, 1951; NUNNALLY, 1978; SANTOS, 1999) (Tabela 9).

Tabela 9 – Resultado da confiabilidade pela fórmula de Spearman-Brown e da fórmula de Alfa de Cronbach das asserções validadas pelos Enfermeiros e pelos Técnicos de Enfermagem, São Paulo, 2020.

Validação Instrumento	Nº Asserções Validadas	Confiabilidade	
		Spearman-Brown	Alfa de Cronbach
Enfermeiros	28	0,88	0,88
Técnico de Enfermagem	33	0,93	0,92

Conforme exposto anteriormente, o teste de variância foi aplicado aos eixos de análise e, em relação aos enfermeiros, não demonstraram estatisticamente nenhuma interferência quanto aos dados obtidos. Em relação aos técnicos em enfermagem, somente no eixo formação, no item “graduação”, pudemos observar uma interferência e, desta forma, o mesmo foi retirado. Passaremos à discussão dos dados referentes às categorias estabelecidas: D1 – Fatores que estimulam a liderança; D2 – Fatores que desafiam a liderança; D3 – Fatores de estrutura institucional e D4 – Fatores de liderança em unidades críticas.

O Gráfico 3 nos mostra a percepção dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, em cada uma das quatro dimensões construídas. Podemos perceber que as dimensões D2 e D4 ficaram em uma zona de conforto, acima de 3 pontos,

junto aos enfermeiros. Somente a dimensão D4 evidenciou um bom resultado junto aos técnicos de enfermagem.

As outras três dimensões D1, D2 e D3 ficaram em uma zona de alerta e, por isso, necessitam de atenção e intervenções a médio prazo. Passaremos à análise de cada dimensão separadamente, com suas asserções.

A dimensão D1 ficou, tanto para enfermeiros como para técnicos de enfermagem, em uma zona de atenção, que fica de 2 a 2,9 pontos, indicando a necessidade de revisões e aprimoramento do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem da instituição.

Conforme citado anteriormente, identificaremos as três zonas de atenção pelas cores: verde, de 4 a 3 pontos; amarela, de 2,99 a 2 pontos e, por último, a zona vermelha, de 1,99 a 1 ponto. Desta forma, temos uma síntese das percepções dos atores envolvidos nessa pesquisa, e passaremos a discuti-la abaixo.

Para melhor compreensão, apresentamos os dados conjuntamente para enfermeiros e técnicos em enfermagem, identificando pelas cores cada uma das asserções que compuseram a referida dimensão.

Desta forma, entendemos que, para o leitor, fica mais visível a diferença ou não da percepção dos dois grupos. Por último, separamos os dados em asserções (identificadas pela letra, A seguida de seu número) validadas e não validadas; neste caso, é fundamental reiterar que esta validação diz respeito à perspectiva estatística.

Quando temos “consensos positivos ou negativos”, evidentemente, não temos dispersão, o que torna as asserções inválidas estatisticamente. Contudo, do ponto de vista qualitativo, as mesmas se constituem em relevantes parâmetros nas perspectivas das assertividades e desafios e devem ser consideradas.

Esta dimensão foi composta por sete asserções, validadas pelo grupo de enfermeiros e técnicos em enfermagem, sendo A1, A5, A8, A12, A15, A23 e A26, e pelas asserções A30 e A33, que foram validadas somente entre os enfermeiros (Quadro 1).

Podemos observar que houve convergência entre os dois grupos profissionais quanto à motivação profissional demonstrada pelo enfermeiro (A1), o que foi reiterado na asserção A15, onde enfermeiros e técnicos mostraram-se inclinados à discordância quando afirmaram que os técnicos em enfermagem não respeitavam os enfermeiros.

Ambos os grupos percebem a pouca autonomia dada ao enfermeiro pela supervisão, no sentido de que o mesmo seja capaz de prover as necessidades de sua equipe (A8). Esta percepção é reiterada pela asserção A12, onde os enfermeiros discordam plenamente quanto à possibilidade de acesso aos níveis de gestão da instituição, com 1,86 pontos, e os técnicos em enfermagem também tendem a discordar, com 2,54 pontos. Quando procura-se evidenciar o reconhecimento do enfermeiro junto a seus pares, estes se sentem reconhecidos, mas os técnicos divergem, não percebendo tal situação.

Aspectos como escuta (A26) e empatia (A33) são percebidos positivamente pelos enfermeiros e de forma contrária pelos técnicos em enfermagem; ambos não se reconhecem promovendo/estimulados quanto ao sentimento de pertencimento enquanto equipe.

Para os profissionais de enfermagem, os principais fatores motivacionais estão acompanhados por valores como o prazer na realização de suas tarefas, a possibilidade de crescimento profissional, uma carga de trabalho reduzida, investimento pela instituição em educação, um excelente relacionamento com a equipe multi/interprofissional, a oferta de um ambiente de trabalho organizado, o incentivo para que estes profissionais conquistem o reconhecimento pelo seu trabalho e competência diante de sua equipe, gerando um trabalho de segurança e qualidade aos seus pacientes.

Quadro 1 – Perfil Atitudinal da Dimensão - D1: Fatores que Estimulam a Liderança, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Validadas, São Paulo, 2020.

D1: FATORES QUE ESTIMULAM A LIDERANÇA				
DIMENSÃO D-1	ENF. 2,99	T.E 2,69	ENF.	T.E
ASSERÇÕES VALIDADAS				
A1 (4 CP)	3,45	3,00	A Equipe de enfermagem se espelha na motivação demonstrada por você enfermeiro de UTI ou PS. (IC)	A Equipe de enfermagem se espelha na motivação demonstrada pelo enfermeiro de UTI e PS. (IC)
A5 (4 CP)	3,33	2,43	Você enfermeiro de UTI e PS inspira sua equipe e gera nela expectativas de crescimento profissional. (IC)	O enfermeiro de UTI e PS inspira sua equipe e gera nela expectativas de crescimento profissional. (ID)
A8 (4 CP)	2,49	2,71	Você enfermeiro de unidade crítica recebe autonomia de sua supervisão no sentido de prover aos membros de sua equipe o que necessitam. (ID)	O enfermeiro de unidade crítica recebe autonomia de sua supervisão no sentido de prover aos membros de sua equipe o que necessitam. (ID)
A12 (4 CP)	1,86	2,54	Você enfermeiro intensivista/emergencista sente-se confortável no acesso a todos os níveis de gestão (diretores, gerentes, supervisores e líderes). (DP)	O enfermeiro intensivista/emergencista sente-se confortável no acesso a todos os níveis de gestão (diretores, gerentes, supervisores e líderes). (ID)
A15 (1 CP)	3,04	3,21	Você enfermeiro intensivista/emergencista NÃO se sente respeitado por seus subordinados por sua competência técnica e liderança. (ID)	O enfermeiro intensivista/emergencista NÃO se sente respeitado por seus subordinados por sua competência técnica e liderança. (ID)
A23 (1 CP)	3,25	2,86	Você enfermeiro intensivista e emergencista NÃO se sente respeitado pelos seus pares por sua competência técnica e liderança. (ID)	O enfermeiro intensivista e emergencista NÃO se sente respeitado pelos seus pares por sua competência técnica e liderança. (IC)
A26 (4 CP)	3,51	2,63	Você enfermeiro demonstra capacidade de escuta ativa junto a sua equipe na resolução de demandas da UTI / PS buscando o bem-estar de sua equipe. (IC)	O enfermeiro demonstra capacidade de escuta ativa junto a sua equipe na resolução de demandas da UTI / PS buscando o bem-estar de sua equipe. (ID)
A30 (1 CP)	-	2,38	-	O enfermeiro emergencista/intensivista NÃO estimula o sentimento de pertencimento de sua equipe em relação a instituição. (IC)
A33 (4 CP)	-	2,50	-	O enfermeiro busca o senso de empatia no contexto das UTI e PS e estimula o mesmo em sua equipe. (ID)

Legenda: **Enf** = Enfermeiros; **T.E** = Técnico de Enfermagem; **IC** = Inclinado a concordar; **ID** = Inclinado a discordar; **CP** = Concordo Plenamente; **DP** = Discordo Plenamente.

Quadro 2 – Perfil Atitudinal da Dimensão - D1: Fatores que Estimulam a Liderança, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Não Validadas, São Paulo, 2020.

DIMENSÃO D-1	ENF.	T.E	ENF.	T.E
ASSERÇÕES NÃO VALIDADAS				
A19 (1 CP)	2,51	2,71	Você enfermeiro de UTI e PS NÃO é respeitado pelos seus superiores por sua competência técnica e liderança. (IC)	O enfermeiro de UTI e PS NÃO é respeitado pelos seus superiores por sua competência técnica e liderança. (IC)
A30 (1 CP)	2,63	-	Você enfermeiro emergencista/ intensivista NÃO estimula o sentimento de pertencimento de sua equipe em relação a instituição. (IC)	-
A33 (4 CP)	3,75	-	Você enfermeiro busca o senso de empatia no contexto das UTI e PS e estimula o mesmo em sua equipe. (IC)	-

Legenda: **Enf** = Enfermeiros; **T.E** = Técnico de Enfermagem; **IC** = Inclinado a concordar; **ID** = Inclinado a discordar; **CP** = Concordo Plenamente; **DP** = Discordo Plenamente.

Porém, Batista *et al.* (2005) referem que, apesar de terem reconhecido em suas pesquisas fatores que levaram à desmotivação em um grupo de profissionais de enfermagem, o senso de responsabilidade e compromisso dos enfermeiros os manteve impulsionados por um estilo de liderança democrático e participativo, onde estes se identificavam como motivadores frente à sua equipe, praticando a valorização do bom trabalho e o bom relacionamento entre os demais membros.

Estes comportamentos motivacionais, que trazem a reflexão ao enfermeiro quanto às responsabilidades de seu cargo, remetem às tratativas da prática do respeito do enfermeiro junto à sua equipe, representada por inúmeras estratégias que otimizem o cuidado ao cliente, melhorem a interação humana e a relação de interdependência, além de trilhar um caminho para entender o ponto de vista do outro, permitindo o compartilhamento de informações pertinentes ao grupo, sem exposição de um dos membros (BROCAL; FERREIRA, 2012).

Nas unidades críticas, o respeito pelo paciente faz parte do processo de humanização, que perpassa por vários aspectos, como a manutenção da área física adequada, a presença de recursos humanos em quantidade adequada, qualificação profissional permanente, favorecimento do acolhimento familiar, promovendo a visita diária em mais de um turno.

Da mesma forma, também encontramos os fatores que podem infringir o respeito, representados pelas relações conturbadas entre as equipes, despreparo profissional e pouco tempo para dedicar-se ao paciente, devido às suas rotinas preestabelecidas (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009).

Contudo, vale ressaltar que os dois grupos profissionais se mostraram inclinados a concordar que não é dada autonomia ao enfermeiro, via de regra, no sentido de prover as necessidades de sua equipe, o que, infelizmente, é reiterado com frequência na literatura, como uma situação dificultadora do desenvolvimento de liderança.

Essa autonomia corrompida é entendida como fator limitador para o desenvolvimento do enfermeiro, destacando-se a influência do médico no trabalho do enfermeiro, gestão autocrática, conhecimento técnico insuficiente do enfermeiro, sobrecarga de trabalho e material escasso.

Podem contribuir, também, a especificidade do setor e o tipo de setor de atuação; como possibilidades de superação, podemos apontar o desenvolvimento profissional, o aperfeiçoamento contínuo, a gestão partilhada, a experiência profissional e a educação permanente (BONFADA; PINNO; CAMPONOGARA, 2018; GOODMAN, 2004).

A asserção A12 contextualiza essa percepção, ao destacar a dificuldade de acesso do enfermeiro aos níveis gerenciais mais altos, com uma percepção mais negativa junto aos enfermeiros.

A gestão horizontalizada é, indiscutivelmente, o caminho mais fecundo para o adequado funcionamento da equipe de enfermagem, como descrito por Spagnol e Ferraz (2002, p. 20), que nos dizem,

no modelo de gestão horizontalizado as relações interpessoais são mais valorizadas, tentando diminuir os níveis hierárquicos e aproximar as chefias dos seus colaboradores. Além disso, estratégias como reuniões são utilizadas para estimular a abertura do diálogo, propiciando a troca de informações de forma democrática. Isso tem gerado decisões compartilhadas e mais próximas dos reais problemas encontrados nas unidades de internação, favorecendo a agilidade do processo de trabalho. Outro ponto é a valorização do trabalho em equipe que enfatiza a cooperação e, além disso, incorpora a

participação de outros profissionais da saúde, fortalecendo o trabalho multiprofissional.

Desta forma, as dificuldades no campo da liderança começam a aparecer, quando, na asserção A5, afirma-se que o enfermeiro inspira sua equipe e gera nela expectativas de crescimento profissional e não observamos concordância entre os técnicos em enfermagem. Na asserção A26, reitera-se que o mesmo demonstra capacidade de escuta ativa junto à sua equipe na resolução de demandas da UTI/PS, buscando o bem-estar de sua equipe.

Nesta perspectiva, Santos, Oliveira e Castro (2006), sugerem o cultivo da liderança libertadora/dialógica, com o objetivo de promover a troca de conhecimentos entre as equipes de enfermagem, privilegiando as raízes, valores, crenças e culturas em todo o grupo.

Esta estratégia busca, para além da gestão local, a capacidade de proporcionar à equipe o crescimento profissional que, em última instância, resultará na alta performance de qualidade dos cuidados de enfermagem aos pacientes.

Ainda no campo das asserções validadas estatisticamente, no grupo dos técnicos em enfermagem temos a asserção A33, onde afirmou-se que “o enfermeiro busca o senso de empatia no contexto das UTI e PS e estimula o mesmo em sua equipe” e os mesmos tenderam a discordar.

Pertencer a um lugar envolve aspectos de grande potência, como lealdade, cumplicidade, entre outros. Se um grupo não se vê integrante, neste caso, como um profissional que faz parte de uma UTI ou PS, seu desempenho e seu compromisso podem ser muito afetados, o que pode trazer sérios problemas ao cuidado prestado, como defendido por Silva e Moreira (2015, p. 3040).

O trabalho coletivo demanda o engajamento do sujeito, considerando o ambiente de trabalho como seu ambiente, pois isto gera maior mobilização de suas habilidades técnicas e interacionais para a resolução de problemas. No cotidiano, se formam várias equipes: uma por identificações, partindo da própria corporação; outra pelo plantão; e outra, ainda, pela identidade direta, no sentido de permanência e pertencimento ao ambiente.

Neste ambiente, as negociações, os limites da autonomia, as noções de pertencimento e o reconhecimento do outro, indispensáveis para a construção do trabalho em equipe, assumem aspecto positivo, quando o modo de atendimento está voltado para a lógica orientada pelas necessidades de saúde dos sujeitos.

Na asserção A19, sustentou-se que o enfermeiro de UTI e PS “não” é respeitado pelos seus superiores por sua competência técnica e liderança e ambos os grupos concordaram, o que foi reiterado pela asserção A12, sobre a dificuldade de acesso a níveis hierárquicos mais altos.

Historicamente, a enfermagem foi estereotipada e, atualmente, ainda sofre como vítima dos preconceitos pelos estigmas atribuídos à profissão, como Avila *et al.* (2013 p. 108) nos trazem:

a visibilidade da Enfermagem está relacionada à trajetória histórica da profissão, à falta de reconhecimento da Enfermagem como profissão que possui saberes científicos, à veiculação errônea da imagem da Enfermagem na mídia, à ausência da realização de marketing por parte do enfermeiro, aos posicionamentos inadequados perante a equipe e, ainda, à sobrecarga de trabalho. A visibilidade da Enfermagem parece gerar implicações negativas ao contexto de trabalho do enfermeiro, manifestadas através da insatisfação e ausência de motivação, podendo comprometer a qualidade da assistência. O comprometimento da visibilidade e a falta de reconhecimento da profissão por parte dos demais trabalhadores da equipe de saúde e dos pacientes pode dificultar o estabelecimento de laços de confiança, implicando na efetivação do cuidado.

Completam, ainda, que:

Além da trajetória histórica da profissão, estereótipos negativos incutidos sobre a Enfermagem também dizem respeito às posturas assumidas pelos enfermeiros, à insatisfação no contexto de trabalho, à submissão e obediência a determinações de outros profissionais da saúde, à execução da prática sem reflexão e sem conhecimento clínico, corroborando para intensificar a indefinição da importância do fazer do enfermeiro para a equipe de saúde, os pacientes e a sociedade de um modo geral.

A asserção A30 apontou que o enfermeiro emergencista/intensivista “não” estimula o sentimento de pertencimento de sua equipe em relação à instituição e os próprios enfermeiros mostram-se inclinados a concordar, mantendo a mesma postura dos técnicos de enfermagem. Chama a atenção a disparidade de percepção entre

enfermeiros e técnicos de enfermagem, quanto ao potencial empático do primeiro grupo em relação ao segundo. Os enfermeiros se percebem agindo de forma empática, enquanto os técnicos não reconhecem tal postura.

Para Stewart e Thomas (1995 p. 186):

A empatia significa entrar no mundo perceptivo privado do outro e ficar completamente à vontade nele... Estar com o outro dessa forma significa que, por um momento, você deixa de lado as próprias opiniões e valores para entrar no mundo do outro sem preconceitos. De certa forma, significa que você se coloca de lado.

Assim, Goleman, Boyatzis e McKee (2002 p. 50) referem que,

[...] as pessoas empáticas são excelentes em reconhecer e atender às necessidades de clientes e subordinados. Parecem ser acessíveis e querer escutar o que as pessoas têm a dizer. Escutam atentamente, notando o que de fato preocupa as pessoas, e respondem com precisão.

SÍNTESE

- a) Podemos perceber a convergência entre os dois grupos profissionais quanto à motivação profissional demonstrada pelo enfermeiro (A1), o que foi reiterado na asserção A15, onde enfermeiros e técnicos mostram-se inclinados à discordância quando afirmado que os técnicos em enfermagem não respeitavam os enfermeiros;
- b) Os dois grupos apontam que não é dada autonomia ao enfermeiro, via de regra, no sentido de prover as necessidades de sua equipe;
- c) Esta percepção é reiterada quando se destaca a dificuldade de acesso do enfermeiro aos níveis gerenciais mais altos; essa visão é mais negativa junto aos técnicos em enfermagem;
- d) Ao afirmarmos que o enfermeiro inspira sua equipe e gera nela expectativas de crescimento profissional, não foi observada concordância entre os técnicos em enfermagem, embora os enfermeiros sintam-se geradores do crescimento profissional de sua equipe. A situação é idêntica quando apontada a capacidade de escuta ativa e, novamente, esta situação se repete;

- e) Outros aspectos centrais para o trabalho em áreas de urgência e emergência, como a empatia do enfermeiro junto à equipe e sentimento de pertencimento são reconhecidos pelos mesmos e, novamente, não o são pelos técnicos em enfermagem.

Passaremos para a dimensão D2, que tratou dos fatores que dificultam a liderança, composta por doze asserções.

Esta dimensão foi composta pelas asserções A2, A6, A9, A13, A16, A20, A24, A27, A31, A34, A36 e A37, que buscaram identificar, à luz das percepções dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, os fatores que dificultam a liderança nas áreas de UTI e PA.

O trabalho em equipe envolve vários desafios e, neste sentido, a comunicação eficaz, facilitadora do cuidado a ser prestado é, indiscutivelmente, um dos principais aspectos a serem cuidados pelo enfermeiro.

Silva *et al.* (2018, p. 114) afirmam que:

As relações de trabalho e os vínculos que o profissional enfermeiro estabelece, não existem sem uma comunicação eficiente e eficaz. Envolve a troca de mensagens e que tem como partes principais: um emissor, um receptor, a própria mensagem, os significados envolvidos, assim como o contexto onde a interação ocorre.

E, ainda:

A comunicação para ser considerada adequada deve ser clara, objetiva e sincera, compreendendo de forma paciente e compreensiva quanto à necessidade da família em entender o que está lhe sendo transmitida. Nesse sentido, faz-se necessário priorizar a comunicação como instrumento terapêutico, uma vez que esta serve de conforto e norteia as ações da família (SILVA *et al.*, 2018, p. 116).

Quadro 3 – Perfil Atitudinal da Dimensão – D2: Fatores que Desafiam a Liderança, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Validadas, São Paulo, 2020.

D2: FATORES QUE DESAFIAM A LIDERANÇA				
DIMENSÃO D-2	ENF. 3,15	T.E 2,70	ENF.	T.E
ASSERÇÕES VALIDADAS				

A2 (1 CP)	2,75	2,54	Você enfermeiro intensivista/ emergencista tem dificuldade em apontar aos profissionais situações inadequadas do trabalho exercido por sua equipe. (IC)	O enfermeiro intensivista/ emergencista tem dificuldade em apontar aos profissionais situações inadequadas do trabalho exercido por sua equipe. (IC)
A6 (1 CP)	3,24	1,86	Você enfermeiro intensivista/ emergencista sente-se incomodado em receber críticas de sua equipe. (ID)	O enfermeiro intensivista/ emergencista sente-se incomodado em receber críticas de sua equipe. (CP)
A13 (1 CP)	2,57	2,41	De modo geral você enfermeiro UTI/ PS, não se sente respeitado na instituição como os outros profissionais com nível superior como os médicos, dentistas, entre outros. (IC)	De modo geral o enfermeiro de UTI e PS não se sente respeitado na instituição como os outros profissionais com nível superior como os médicos, dentistas, entre outros. (IC)
A16 (1 CP)	-	2,89	-	O modelo de passagem de plantão executado pelos enfermeiros de UTI/PS NÃO tem contribuído para uma comunicação eficaz junto a sua equipe. (IC)
A20 (4 CP)	3,18	3,02	Você enfermeiro de unidade crítica reitera de forma constante as atribuições de cada integrante da equipe considerando a Lei de Exercício Profissional e o Código de Ética profissional. (IC)	O enfermeiro de unidade crítica reitera de forma constante as atribuições de cada integrante da equipe considerando a Lei de Exercício Profissional e o Código de Ética profissional. (IC)
A24 (4 CP)	3,29	3,25	Os feedbacks negativos dados por você enfermeiro aos profissionais de enfermagem nos casos de pacientes graves, contribuem para o fortalecimento da responsabilidade da equipe nas UTIs/PSs. (IC)	Os feedbacks negativos dados pelo enfermeiro aos profissionais de enfermagem nos casos de pacientes graves, contribuem para o fortalecimento da responsabilidade da equipe nas UTIs/PSs. (IC)
A31 (4 CP)	3,43	2,68	Você enfermeiro de UTI e PS gera em sua equipe capacidade de tomada de decisão compartilhando ideias relacionados a gestão da unidade e cuidado aos pacientes críticos. (IC)	O enfermeiro de UTI e PS gera em sua equipe capacidade de tomada de decisão compartilhando ideias relacionados a gestão da unidade e cuidado aos pacientes críticos. (ID)
A34 (4 CP)	3,71	3,09	Você enfermeiro emergencista/ intensivista sente-se capaz de realizar uma avaliação da situação do ambiente, relacionado com a comunicação entre os componentes da equipe, pacientes e familiares, buscando contribuir para um trabalho mais efetivo. (IC)	O enfermeiro emergencista/ intensivista sente-se capaz de realizar uma avaliação da situação do ambiente, relacionado com a comunicação entre os componentes da equipe, pacientes e familiares, buscando contribuir para um trabalho mais efetivo. (IC)
A36 (1 CP)	3,06	-	Você enfermeiro de unidade crítica apresenta postura de liderança diferente dos demais enfermeiros, o que gera dificuldades de trabalho com a equipe. (ID)	-
A37 (4 CP)	-	2,57	-	O enfermeiro intensivista/emergencista realiza a avaliação de desempenho da equipe de enfermagem com imparcialidade, considerando exclusivamente o desempenho técnico, sua relação com colegas, pacientes e familiares. (ID)

Legenda: **Enf** = Enfermeiros; **T.E** = Técnico de Enfermagem; **IC** = Inclinado a concordar; **ID** = Inclinado a discordar; **CP** = Concordo Plenamente; **DP** = Discordo Plenamente.

Quadro 4 – Perfil Atitudinal da Dimensão – D2: Fatores que Desafiam a Liderança, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Não Validadas, São Paulo, 2020.

DIMENSÃO D-2	ENF.	T.E	ENF.	T.E
ASSERÇÕES NÃO VALIDADAS				

A9 (1 CP)	1,88	1,75	Um dos maiores desafios para você enfermeiro emergencista/ intensivista é ser mediador das ações cotidianas geradas pela sua equipe. (CP)	Um dos maiores desafios o enfermeiro emergencista/ intensivista é ser mediador das ações cotidianas geradas pela sua equipe. (CP)
A16 (1 CP)	2,76	-	O modelo de passagem de plantão executado por você enfermeiro de UTI/PS NÃO tem contribuído para uma comunicação eficaz junto a sua equipe.(IC)	-
A27 (1 CP)	2,29	2,11	A avaliação da equipe de enfermagem é executada por você enfermeiro de unidade crítica, porém a mesma não ocorre periodicamente. (IC)	A avaliação da equipe de enfermagem é executada pelo enfermeiro de unidade crítica, porém a mesma NÃO ocorre periodicamente. (IC)
A36 (1 CP)	-	2,59	-	O enfermeiro de unidade crítica apresenta postura de liderança diferente dos demais enfermeiros, o que gera dificuldades de trabalho com a equipe. (IC)
A37 (4 CP)	3,31	-	Você enfermeiro intensivista/ emergencista realiza a avaliação de desempenho da equipe de enfermagem com imparcialidade, considerando exclusivamente o desempenho técnico, sua relação com colegas, pacientes e familiares. (IC)	-

Legenda: **Enf** = Enfermeiros; **T.E** = Técnico de Enfermagem; **IC** = Inclinado a concordar; **ID** = Inclinado a discordar; **CP** = Concordo Plenamente; **DP** = Discordo Plenamente

Nesta pesquisa, podemos observar que, tanto os enfermeiros como os técnicos em enfermagem sinalizam a dificuldade que os primeiros têm em apontar situações inadequadas do trabalho exercido aos profissionais de sua equipe, como consta na asserção A2. Contudo, na asserção A6, tivemos percepções antagônicas, quando os enfermeiros se colocam inclinados a discordar que “sentem-se incomodados em receber críticas de sua equipe” e os técnicos em enfermagem concordam plenamente com a asserção.

Evidentemente, posturas antagônicas como a citada acima merecem uma compreensão mais aprofundada do fato. Ao observarmos a asserção A9, onde a mediação do cotidiano de uma UTI pelo enfermeiro é considerada um grande desafio pelos dois grupos, podemos inferir que as relações interpessoais se configuram em um campo profícuo para a implantação de uma comunicação adequada.

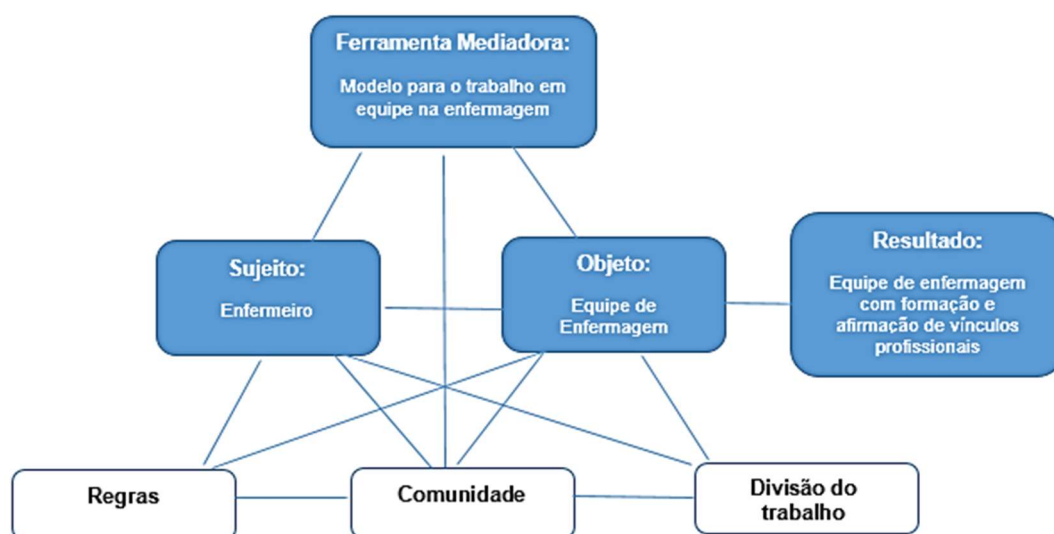
Pereira, Bezerra e Barros (2019, p. 78) aponta que,

O conflito esteve por muitos anos associado a situações desagradáveis, geralmente ocorridas devido a diferenças de personalidades ou deficiência de liderança, acreditando-se que os conflitos não deveriam ser admitidos nas organizações. Contudo, a moderna abordagem relacionada à resolução de conflitos considera as inevitáveis consequências das interações entre as pessoas e que, dependendo da sua intensidade e da maneira como forem tratados, podem ser benéficos ao ambiente de trabalho, a partir de que sua resolução leve em conta a causa-raiz que lhes deu origem, e os mesmos devem ser solucionados diretamente pelos envolvidos.

Carvalho (2021) nos fala sobre a Teoria dos Vínculos Profissionais (TVP), proposta por Maira Thofehr e Maria Tereza Leopard, que propõe o fortalecimento do trabalho em equipe da enfermagem, para o alcance do cuidado terapêutico qualificado.

As autoras nos dizem que os aspectos e capacidades intra e interpessoais dos indivíduos devem ser refletidos, propondo a reflexão sobre a dinâmica das relações grupais. Sob a perspectiva da Teoria dos Vínculos Profissionais (TVP), as relações interpessoais da equipe de enfermagem vislumbram a condução de um processo de trabalho democrático, ao direcionarem a compreensão da multidimensionalidade do sujeito trabalhador no seu agir e sentir em sua singularidade, onde a equipe de enfermagem está inserida, conforme podemos ver na Figura 2.

Figura 2 – Esquema da Teoria dos Vínculos Profissionais (TVP)



Fonte: (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006, p. 416).

A TVP surge através dos referenciais teóricos e metodológicos da Teoria da Atividade de Leontiev (a partir das ideias de Vygotsky), em que o foco está no

trabalhador e não na pessoa, onde sujeito é o enfermeiro, o objeto é a equipe de enfermagem (onde estão as regras, comunidade e divisão de trabalho) e a ferramenta mediadora é formada pela maneira que o trabalho em equipe é conduzido (BOREL, 2019).

A Teoria dos Vínculos Profissionais compreende um Modelo para o trabalho em equipe, sendo uma ferramenta mediadora, que orienta como o enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem deve agir na condução dos membros, de forma que acessem sua subjetividade e conseqüentemente compreendam o outro, logo se tornam um grupo de trabalho saudável a partir da construção de vínculos profissionais que objetiva alcançar a tarefa profissional, ou seja o cuidado terapêutico (BOREL, 2019 p. 85).

Assim, essa teoria demonstra a importância do trabalho no mundo contemporâneo, com a clareza de seus objetivos, frente às particularidades e contribuições para o profissional de enfermagem (BOREL, 2019).

Trata-se de uma abordagem que objetiva a construção de vínculos profissionais entre os membros da equipe de enfermagem, buscando potencializar as ações que objetivam atender a tarefa profissional, e com isso o reconhecimento individual e equipe, perante a instituição de saúde e a sociedade (BOREL, 2019 p. 85).

Diante destes achados, o enfermeiro coordenador apresenta um importante papel, que tem como premissa a valorização dos talentos e aptidões de cada integrante de seu grupo, indo ao encontro das expectativas e contexto real, priorizando o planejamento através de sua participação, com o engajamento dos membros de sua equipe focando no resultado (BOREL, 2019).

Ao considerar o enfermeiro coordenador da equipe, este Modelo auxilia na liderança deste profissional ao desenvolver a dimensão gerencial, por capacitá-lo a influenciar o grupo de trabalho para o alcance dos objetivos comuns. Assim, oferece subsídios aos enfermeiros quanto a dimensão subjetiva e da dinâmica das relações grupais (BOREL, 2019 p. 91).

Por último, Carvalho (2021, p. 54) nos diz que,

Ressalta-se que o enfermeiro, como coordenador da equipe de enfermagem, deve considerar as características de cada membro da equipe, suas vivências, cultura e meio em que vivem; fatores esses que diferenciam os sujeitos entre si. Importante compreender seus comportamentos, almejando ações estratégicas de liderança em que se valorizem os vínculos interpessoais saudáveis. Essa perspectiva também vai ao encontro da tarefa profissional do enfermeiro, em que a partir de um olhar de cuidado direcionado aos profissionais, permite também cuidar daqueles que cuidam.

Ainda no campo de percepções antagônicas, podemos observar que, nas asserções A37 e A31, que trataram, respectivamente da imparcialidade no momento avaliativo e do estímulo à tomada de decisão, os enfermeiros se percebem assertivos e os técnicos em enfermagem mostram-se inclinados a discordar.

A tomada de decisão e o comportamento ético são características que devem ser consideradas desde a formação do enfermeiro, como Nora *et al.* (2016, p.8) citam:

Os enfermeiros precisam desenvolver hábitos, habilidades, sensibilidade e competência para enfrentar os problemas éticos da prática, tomando decisões que permitam desenvolver um cuidado eficaz e de qualidade. Nesse sentido, a formação ética necessita ser permanente nos serviços de saúde, a fim de capacitar os enfermeiros para cumprir com competência as suas funções e responsabilidade. Os enfermeiros são diariamente confrontados com a necessidade de tomar decisões. Essa decisão não pode ser entendida como uma escolha banal, que requer pouco conhecimento, capacidade ou atenção. Pelo contrário, lidar com problemas éticos requer do enfermeiro, sensibilidade moral acentuada, saber ético, experiência de vida, virtude, informação e um grande compromisso pessoal para fazer o que “está certo”.

As asserções A20, A24 e A34 evidenciaram aspectos assertivos do papel do enfermeiro, quanto ao estímulo do senso de responsabilidade da equipe por meio dos princípios apontados na Lei de Exercício Profissional, bem como nas questões relacionadas à família do paciente.

As questões relacionadas à Lei do Exercício Profissional da Enfermagem 7498/86 não podem ser negligenciadas, de tal maneira que a valorização das competências legais e defesa dos direitos destes possam ser reconhecidos pela sociedade (GIOVANINI, 2002).

Para Kletemberg *et al.* (2010 p. 50):

A Lei para o exercício profissional de enfermagem de 1986 ao definir as ações privativas do enfermeiro contribui para a consolidação de sua identidade profissional. Nessa direção, compete aos enfermeiros dar visibilidade ao seu papel de cuidador e líder da equipe, divulgando e executando o que lhes cabe privativamente.

Finalizando essa dimensão, temos as asserções A13, A16 e A27, que problematizaram, respectivamente, a contribuição da passagem de plantão como recurso otimizador da comunicação entre profissionais e os problemas que a avaliação de equipe, feita sem continuidade pelo enfermeiro, trazem para o bom funcionamento do trabalho de ambos. Os dois grupos reconhecem que são aspectos a serem melhorados.

O planejamento e execução da assistência estão sob a incumbência da gestão do enfermeiro. Dentro deste contexto, inclui-se a passagem de plantão, que Siqueira e Kurcgant (2005) trazem como um recurso utilizado para garantir que a assistência oferecida tenha continuidade.

O instrumento utilizado para realizar a passagem de plantão é utilizado pelos profissionais que estão terminando e iniciando a jornada de trabalho, e é composto por informações transmitidas, aspectos relacionados à condição do paciente, tratamento, cuidados prestados, intercorrências, situações de maior atenção e pendências.

Ainda na lei de exercício do profissional de enfermagem 7498/86, a importância da passagem de plantão está implícita no Art. 11, que aponta como responsabilidade do enfermeiro: “O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe (l) privativamente (c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem.” (BRASIL, 1986 p. 3).

De uma maneira mais clara e objetiva, a Resolução Cofen nº 564/2017, referente ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, traz a importância da passagem de plantão no Art. 4, Capítulo I – Dos direitos e Art. 38, Capítulo II – Dos deveres:

Art. 4º Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade,

observando os preceitos éticos e legais da profissão ... (COFEN, 2017, p. 4).

Art. 38º Presta informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente. (BRASIL, 2017, p. 6).

SÍNTESE

- a) A comunicação entre o enfermeiro e sua equipe é avaliada como um aspecto a ser melhorado. Isso se manifesta em relações interpessoais pouco contributivas para o bom desenvolvimento do trabalho e os dois grupos apontam o modelo da passagem de plantão como ineficaz para o avanço na competência de comunicação entre enfermeiros e suas equipes;
- b) O enfermeiro tem uma percepção totalmente antagônica à de sua equipe sobre seu comportamento no momento de receber críticas. Isto aparece no reconhecimento dos dois grupos, quando apontam a mediação de conflitos como um grande desafio para o enfermeiro;
- c) Os técnicos não reconhecem imparcialidade dos enfermeiros no momento avaliativo e ambos os grupos reconhecem a falta de periodicidade da mesma;
- d) Os técnicos em enfermagem não se sentem estimulados para a tomada de decisões e os enfermeiros acham que cumprem esse estímulo;
- e) Os dois grupos apontam aspectos assertivos no estímulo à responsabilidade da equipe à luz da Lei de Exercício Profissional e na abordagem junto à família do paciente, aspectos desenvolvidos pelo enfermeiro.

A dimensão 3 foi composta por oito asserções, validadas pelo grupo de enfermeiros e técnicos em enfermagem: A3, A10, A14, A17, A21, A25, A28 e A32, além da asserção A35, validada somente entre os técnicos em enfermagem.

Na asserção A3, observamos que as competências e habilidades necessárias para a atuação dos enfermeiros intensivistas e emergencistas, exigidas pela instituição para ocupação deste cargo, foram reconhecidas pelos grupos de enfermeiros e técnicos em enfermagem, que apresentaram inclinação à concordância.

Estas características foram fortalecidas pela asserção A14, demonstrando que a instituição reitera todas as suas atribuições, tanto assistenciais como de gestão, no exame admissional, de forma periódica.

Para Moura *et al.* (2010), para que possa exercer a liderança junto à sua equipe e pacientes, um enfermeiro necessita de competência técnica, habilidades gerenciais e talento para um bom relacionamento interpessoal. Embora esses atributos possam desencorajar profissionais que se sintam desprovidos destas características, os mesmos podem ser aprendidos na prática diária, ou por meio de processos educativos, como educação permanente.

Quadro 5 – Perfil Atitudinal da Dimensão – D3: Fatores de Estrutura Institucional, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Validadas, São Paulo, 2020.

D3: FATORES DE ESTRUTURA INSTITUCIONAL				
DIMENSÃO D-3	ENF. 2,43	T.E 2,80	ENF.	T.E
ASSERÇÕES VALIDADAS				
A3 (4 CP)	3,71	3,36	Você enfermeiro que trabalha nas UTI e PS possui competências e habilidades condizentes com o perfil exigido pela instituição. (IC)	O enfermeiro que trabalha nas UTI e OS possui competências e habilidades condizentes com o perfil exigido pela instituição. (IC)
A10 (4 CP)	1,94	3,16	Você enfermeiro de unidade crítica é estimulado pela instituição a contribuir na criação e revisão de protocolos com as particularidades de seu setor de atuação (UTI e PS). (DP)	O enfermeiro de unidade crítica é estimulado pela instituição a contribuir na criação e revisão de protocolos com as particularidades de seu setor de atuação (UTI e PS). (IC)
A14 (1 CP)	3,24	3,52	Você enfermeiro de unidade crítica NÃO foi informado de maneira clara pela instituição quanto às funções (assistenciais e de gestão) de seu cargo no processo admissional e NÃO é informado periodicamente sobre tais atribuições na UTI e PS. (ID)	O enfermeiro de unidade crítica NÃO foi informado de maneira clara pela instituição quanto às funções assistenciais e de gestão de seu cargo no processo admissional, e também não é informado periodicamente sobre tais atribuições na UTI e PS (ID)
A17 (4 CP)	2,25	2,46	A instituição oferta igualmente para a equipe médica e para você enfermeiro de unidade crítica, espaços de educação continuada/permanente para qualificação profissional técnica e abordagens de desenvolvimento de líderes. (ID)	A instituição oferta igualmente para a equipe médica e os enfermeiros de unidade crítica, espaços de educação continuada/permanente para qualificação profissional técnica e abordagens de desenvolvimento de líderes. (ID)
A21 (4 CP)	2,51	2,96	A instituição demonstra junto a você enfermeiro intensivista/ emergencista, a importância do desenvolvimento da competência de liderança, qualificando-o periodicamente. (ID)	A instituição demonstra junto ao enfermeiro intensivista/ emergencista, a importância do desenvolvimento da competência de liderança, qualificando-o periodicamente. (ID)
DIMENSÃO D-3	ENF. 2,43	T.E 2,80	ENF.	T.E
ASSERÇÕES VALIDADAS				

A25 (4 CP)	1,63	2,45	Você enfermeiro de UTI e PS é estimulado a representar sua instituição em eventos científicos. (DP)	O enfermeiro de UTI e PS é estimulado a representar sua instituição em eventos científicos. (ID)
A28 (4 CP)	2,22	2,73	A instituição estimula o seu crescimento profissional e de sua equipe de enfermagem por meio de especializações, cursos, aprimoramentos, aperfeiçoamentos, etc. (ID)	A instituição estimula o crescimento profissional do enfermeiro e de sua equipe de enfermagem por meio de especializações, cursos, aprimoramentos, aperfeiçoamentos, etc. (ID)
A32 (4 CP)	1,92	2,20	A instituição acredita que valorizar financeiramente você enfermeiro intensivista/emergencista que busca as suas titulações e formações técnicas relacionados ao seu trabalho na UTI e PS seja uma forma de incentivar o crescimento intelectual de sua categoria profissional. (DP)	A instituição acredita que valorizar financeiramente o enfermeiro intensivista/emergencista que busca as suas titulações e formações técnicas relacionados ao seu trabalho na UTI e PS seja uma forma de incentivar o crescimento intelectual de sua categoria profissional. (ID)
A35 (4 CP)	-	2,39	-	A instituição incentiva o enfermeiro de UTI e PS para produção científica e publicação em periódicos. (ID)

Legenda: **Enf** = Enfermeiros; **T.E** = Técnico de Enfermagem; **IC** = Inclinado a concordar; **ID** = Inclinado a discordar; **CP** = Concordo Plenamente; **DP** = Discordo Plenamente

Quadro 6 – Perfil Atitudinal da Dimensão – D3: Fatores de Estrutura Institucional, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Não Validadas, São Paulo, 2020.

DIMENSÃO D-3	ENF.	T.E	ENF.	T.E
ASSERÇÕES NÃO VALIDADAS				
A35 (4 CP)	1,69	-	A instituição incentiva você enfermeiro de UTI e PS para produção científica e publicação em periódicos. (DP)	-

Legenda: **Enf** = Enfermeiros; **T.E** = Técnico de Enfermagem; **IC** = Inclinado a concordar; **ID** = Inclinado a discordar; **CP** = Concordo Plenamente; **DP** = Discordo Plenamente

Contudo, a asserção A10 nos mostrou que o envolvimento destes enfermeiros nos processos de construção de documentos e protocolos não acontece de forma sistemática, resultando na discordância plena da asserção por este grupo. Já os técnicos de enfermagem inclinaram-se a concordar com tal asserção, uma vez que entenderam tais tarefas como competência do enfermeiro, e que estes estão envolvidos neste processo.

A equipe de enfermagem, que atua à beira leito, carrega consigo experiências contributivas para a construção de documentos e execução adequada da prática clínica, como Schwartz (2003 p. 26) nos mostra:

Estes saberes produzidos na atividade de trabalho não podem ser cercados, circunscritos, antecipados, dados através da descrição de uma situação de trabalho particular, como se os trabalhadores

estivessem, por necessidade, mecanicamente, conduzidos a produzi-los, considerando as obrigações desta situação. Isto seria retornar a uma determinação exclusiva pelas normas antecedentes e, portanto, não mais compreender como os homens fazem sua história, fazendo história no seu trabalho.

Fischborn (2015, p. 672) completa:

Os valores intrínsecos do trabalhador interferem no “como fazer” dele. O que não nos parece tão claro é a valorização do conhecimento gerado “do fazer diferente” ou do saber que se materializa quando o trabalhador desempenha sua atividade. Esse saber parece não ser tão importante para os gestores, e nem também para os próprios trabalhadores – talvez porque não seja palpável, não se consolida em documentos escritos, protocolos ou conceitos. Esse saber é informal, histórico e construído no dia a dia. É um saber produzido somente no trabalho.

Frente às atribuições dos enfermeiros, o estímulo para a realização de atividades científicas também não foi evidenciado de maneira positiva pelos dois grupos. Esta percepção foi reforçada pela asserção A35, onde os técnicos em enfermagem não observam seus enfermeiros serem incentivados na produção e publicação de periódicos científicos.

Muitos são os desafios para engajar o enfermeiro, não apenas em relação ao processo do cuidar e produzir ciência, mas também em divulgar estes achados, por meio de publicações em revistas científicas, como trazem Cucolo e Perroca (2015, p. 122).

A inserção da educação no processo de trabalho terá que transcender a cultura organizacional, o diminuto dimensionamento de pessoal, entre outros tantos fatores ... O progresso da Enfermagem, enquanto ciência em construção, traz consigo desafios emergentes que podem refletir na estagnação científica, em que pese os obstáculos epistemológicos inerentes ao sistema de produção e disseminação científica.

Ainda no campo do desenvolvimento científico e formativo, esta mesma compreensão apareceu nas asserções A17 e A21, onde enfermeiros e técnicos não reconhecem a oferta de espaços institucionais em EPS e educação continuada. Vale

destacar que a qualificação sistemática em liderança também não foi reconhecida pelo grupo de enfermeiros.

Quanto ao incentivo a especializações, cursos e aperfeiçoamentos para os enfermeiros nas asserções A25 e A28, ambas nos mostraram que os dois grupos se mostram inclinados a discordar quanto ao incentivo institucional para este tipo de desenvolvimento.

Neste sentido, a prática da Educação Permanente em Saúde (EPS) merece destaque, visto que o Ministério da Saúde (2005), a propõe como estratégia de transformação de várias esferas e participação ativa de cada membro na busca por melhores resultados, como também cita:

A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa. A possibilidade de transformar as práticas profissionais existe porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. (BRASIL, 2005 p. 12)

Por último, enfermeiros e técnicos em enfermagem não reconhecem uma valorização financeira adequada da instituição para ambos os grupos, por meio de remuneração adequada (A32).

Segundo Neves *et al.* (2010), a remuneração digna é um fator significativo de reconhecimento profissional, o que gera motivação para o trabalho e satisfação com a qualidade de vida.

Complementam, ainda, que

A remuneração condizente com as atividades exercidas adquire um significado importante para o trabalhador, pois, além de responder às necessidades básicas, assume um papel de reconhecimento pelas ações desenvolvidas (NEVES, 2010 p. 45).

SÍNTESE

- a) Ambos os grupos reconheceram que os enfermeiros possuem conhecimento técnico e habilidade para exercer suas funções em UTI e PS, apesar das dificuldades, limitações e discordâncias quanto aos processos institucionais de valorização profissional;
- b) Do mesmo modo, evidenciou-se que, durante o período admissional, a instituição fomenta, com clareza, as atribuições e descrição do cargo dos enfermeiros, como estratégia para garantir o desempenho de suas atividades diariamente;
- c) Fica evidente a falta de estímulo da instituição em relação à produção científica, criação de protocolos por parte dos enfermeiros, bem como o apoio com cursos e aperfeiçoamentos para o desenvolvimento profissional dos mesmos;
- d) Quanto ao espaço institucional para oferta de EPS e educação continuada de forma sistematizada, foi relatado pelos técnicos em enfermagem e enfermeiros a falta deste ambiente, o que reitera a falta de estímulo ao crescimento profissional, tanto dos enfermeiros como da equipe de enfermagem;
- e) A remuneração financeira insuficiente foi outro item reconhecido por ambos os grupos, com a afirmação de que o salário dos enfermeiros é incompatível com suas atribuições e responsabilidades.

A dimensão 4 buscou identificar os fatores de liderança em unidades críticas, à luz da percepção da equipe de enfermagem em UTI e PS, sendo composta por cinco asserções, validadas pelo grupo de enfermeiros e técnicos em enfermagem: A4, A7, A11, A22 e A29, além da asserção A18, validada somente entre os técnicos em enfermagem.

Nesta dimensão, foram analisados os aspectos e características locais que possam influenciar na liderança do enfermeiro.

D4: FATORES DE LIDERANÇA EM UNIDADES CRÍTICAS				
DIMENSÃO D-4	ENF. 3,62	T.E 3,17	ENF.	T.E
ASSERÇÕES VALIDADAS				
A4 (4 CP)	3,80	3,27	Você enfermeiro intensivista/ emergencista exerce um exemplo de liderança eficaz junto ao paciente crítico contribuindo de forma importante para realização do cuidado. (IC)	O enfermeiro intensivista/ emergencista exerce um exemplo de liderança eficaz junto ao paciente crítico contribuindo de forma importante para realização do cuidado. (IC)
A7 (4 CP)	3,65	3,41	A sua liderança na unidade crítica é qualificada por um trabalho interprofissional, a partir da contribuição de toda a equipe de enfermagem e outras categorias da saúde. (IC)	A liderança do enfermeiro na unidade crítica é qualificada por um trabalho interprofissional, a partir da contribuição de toda a equipe de enfermagem e outras categorias da saúde. (IC)
A11 (4 CP)	3,65	2,84	Você enfermeiro de UTI ou PS, trabalha no esquema de “ajudar um ao outro” pois esta é uma maneira de fortalecer uma liderança sustentável principalmente no manejo de pacientes críticos. (IC)	O enfermeiro de UTI ou PS, trabalha no esquema de “ajudar um ao outro” pois esta é uma maneira de fortalecer uma liderança sustentável principalmente no manejo de pacientes críticos. (ID)
A18 (4 CP)	-	2,93	-	O enfermeiro intensivista / emergencista possui características natas de liderança para manejo de pacientes críticos. (ID)
A22 (4 CP)	3,45	3,30	Você enfermeiro de UTI e PS vem desenvolvendo ao longo de sua trajetória profissional a competência de liderança junto a pacientes críticos. (IC)	O enfermeiro de UTI e PS vem desenvolvendo ao longo de sua trajetória profissional a competência de liderança junto a pacientes críticos. (IC)
A29 (4 CP)	3,53	3,27	A tomada de decisão, autonomia e resiliência são características de liderança exercida por você enfermeiro nos ambientes críticos como UTI e PS. (IC)	A tomada de decisão, autonomia e resiliência são características de liderança exercida pelo enfermeiro nos ambientes críticos como UTI e PS. (IC)

Legenda: **Enf** = Enfermeiros; **T.E** = Técnico de Enfermagem; **IC** = Inclinado a concordar; **ID** = Inclinado a discordar; **CP** = Concordo Plenamente; **DP** = Discordo Plenamente

Quadro 8 – Perfil Atitudinal da Dimensão – D4: Fatores de Liderança em Unidades Críticas, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Não Validadas, São Paulo, 2020.

DIMENSÃO D-4	ENF.	T.E	ENF.	T.E
ASSERÇÕES NÃO VALIDADAS				
A18 (4 CP)	3,41	-	Você enfermeiro intensivista / emergencista possui características natas de liderança para manejo de pacientes críticos. (IC)	-

Legenda: **Enf** = Enfermeiros; **T.E** = Técnico de Enfermagem; **IC** = Inclinado a concordar; **ID** = Inclinado a discordar; **CP** = Concordo Plenamente; **DP** = Discordo Plenamente

As unidades críticas possuem características que necessitam das habilidades de liderança específicas dos enfermeiros, impulsionados por situações que exigem a

tomada de decisão rápida, cuidado constante e prolongado, vasto conhecimento técnico-científico e habilidade gerencial para condução da equipe (GELBCKE *et al.*, 2009).

Porém, diante de todos os aspectos que uma unidade crítica pode apresentar, ambos os grupos (enfermeiros e técnicos em enfermagem) reconheceram que os enfermeiros exercem um exemplo de liderança eficaz junto ao paciente crítico, contribuindo para a realização do cuidado.

Tal percepção vai ao encontro das asserções A7 e A11, onde ambos os grupos se inclinaram a concordar quanto à prática do trabalho interprofissional e ao “esquema de ajudar um ao outro”, apoiando a prática compartilhada e a percepção quanto à eficácia da liderança.

Para Caveião *et al.* (2016 p. 4799):

O trabalho colaborativo é caracterizado por um grupo de indivíduos, no qual os integrantes estão envolvidos por um mesmo objetivo (institucional), em que há dependência entre os membros, fazendo com que haja o reconhecimento mútuo de que um necessita do outro.

Os enfermeiros tendem, cada vez mais, a se reunirem com suas equipes, para que, juntos, possam desenvolver as tarefas necessárias em ambientes críticos. Este tipo de colaboração oferece uma possibilidade de crescimento muito grande, pois estimula valores como pertencimento, empatia, entre outros (CAVEIÃO *et al.*, 2016).

Apesar de os enfermeiros terem demonstrado inclinação à concordância na asserção A18, reconhecendo que as características de liderança em setores críticos são aspectos natos, o grupo de técnicos em enfermagem mostrou uma percepção oposta. Isso reforça a asserção A22, em que ambos os grupos concordam que a liderança é construída ao longo de sua trajetória profissional e características como tomada de decisão, autonomia e resiliência são exercidas pelos enfermeiros intensivistas e, desta forma, construídas ao longo de suas carreiras (A29).

A Teoria do Grande Homem, proposta por Thomas Carlyle em meados do século XIX, constrói o conceito de que os líderes eram considerados natos, acreditando que estes surgiriam de tempos em tempos, carregando a missão de exercer uma grande influência na sociedade (BENNIS, 2004).

Em um momento se pensou que as habilidades da liderança eram inatas. Ninguém se torna um líder, e sim nasce com esta condição... A esta concepção de liderança se poderia denominar de “ Teoria do Grande Homem”. Para ela, o poder se encarnava em uma reduzida quantidade de pessoas cuja herança e destino às convertia em líderes. Os indivíduos do tipo adequado poderiam liderar todos os demais que deveriam ser liderados. “Nem o aprendizado nem o desejo, por grandes que fossem, poderiam alterar o destino de um indivíduo (BENNIS, 1996, p. 162).

Porém, em meados de 1940, novas pesquisas, propostas por Stogdill e Mann, traziam a Teoria dos Traços Físicos, que corroborava para a compreensão de características físicas classificadas como qualidades superiores, como altura, saúde, idade, beleza, ambição, energia, inteligência, instrução, julgamento, originalidade, adaptabilidade, iniciativa, integridade, confiança em si, senso de humor. Esse seria o caminho para se destacar entre os demais indivíduos (ROBBINS, 2002).

Contudo, com o passar dos anos e a diversidade de pesquisas sobre o tema, apontou que os traços podem prever o surgimento ou facilidade ao desenvolver habilidades de liderança, mas a liderança não pode ser tratada como uma característica nata, e sim adquirida (ROBBINS, 2002).

SÍNTESE

- a) A liderança não foi reconhecida pelos técnicos em enfermagem como uma característica nata dos enfermeiros de unidades críticas. Ao contrário, estes inclinaram-se a concordar que a liderança do enfermeiro intensivista e emergencista trata-se de um processo de construção ao longo da carreira como enfermeiro de UTI e PS, com habilidades como a tomada de decisão, autonomia e resiliência;
- b) Mesmo com as dificuldades setoriais e institucionais, identificadas por ambos os grupos, os enfermeiros possuem o reconhecimento, por sua equipe de técnicos em enfermagem, quanto ao exercício de uma liderança eficaz.

7 PRODUÇÃO TÉCNICA

A produção técnica, realizada a partir desta pesquisa, foi o desenvolvimento de propostas para formação continuada e permanente dos enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva e Pronto Socorros quanto ao tema de liderança, partindo dos achados encontrados na:

1. Escala ALETE para autoavaliação de liderança dos enfermeiros de UTI e PS;
2. Escala ALETE para avaliação de liderança dos enfermeiros de UTI e PS diante da percepção dos técnicos em enfermagem;
3. Publicação em *e-book* e revista científica.
4. Relatório Gerencial para a Diretoria de Enfermagem da Rede D'Or sobre os achados da pesquisa como insumo para propostas no âmbito da Educação Permanente em Saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa evidenciou que a escala construída tem solidez de conteúdo e estatística para a identificação das assertividades e desafios no desenvolvimento da liderança dos enfermeiros junto à sua equipe nas unidades de UTI e PS, à luz da percepção dos dois grupos profissionais – enfermeiros e técnicos em enfermagem. Desta forma, a mesma pode ser replicada em tais ambientes como potente ferramenta para a qualificação da liderança na assistência a pacientes críticos.

Ao aplicar a escala neste estudo, foi possível identificar três importantes aspectos: a discordância de opinião entre os grupos, a concordância frente aos aspectos negativos e a concordância frente aos aspectos positivos.

Enfermeiros e técnicos denotam, intimamente, a dissonância entre a forma como os enfermeiros se enxergam e acreditam que praticam a liderança em seu setor. De maneira contributiva, foi possível evidenciar, pelo prisma da equipe técnica em enfermagem, a discordância frente à percepção dos enfermeiros.

Como pontos de atenção, foi possível observar a discordância em relação às características relacionadas particularmente à comunicação, onde encontramos a escuta ativa, que preza pelo bem-estar da equipe, e o incômodo quanto ao recebimento de críticas pelos enfermeiros.

O respeito entre enfermeiros, o esquema de ajudar um ao outro e o exemplo de inspiração para o crescimento profissional da equipe técnica foram percebidos positivamente pelos enfermeiros, enquanto a equipe técnica discorda deste ponto de vista.

Quanto à concordância frente aos aspectos negativos, foi possível evidenciar que os enfermeiros não realizam a avaliação de desempenho periodicamente, e ainda reconhecem que mediar ações cotidianas é um desafio, corroborando com a dificuldade em apontar as situações inadequadas para a equipe técnica.

Ambos os grupos compartilham da percepção de que o enfermeiro não se sente confortável em acessar a alta gestão, e esta falta de relacionamento e proximidade contribui para que não se sintam respeitados como outros profissionais de nível superior.

Por não se sentirem respeitados também por seus superiores imediatos, se percebem com pouca autonomia, no sentido de prover aos membros de sua equipe o que necessitam.

Quanto à promoção ao desenvolvimento profissional e científico, ficou evidenciado, pelos técnicos em enfermagem e enfermeiros, a falta de espaços para educação e qualificação no desenvolvimento de liderança e a ausência do estímulo para o crescimento profissional, por meio de cursos e especializações, com a ausência do apoio em ciência e pesquisa. Os grupos não possuem incentivos e produções para representarem a instituição em eventos científicos, o que foi confirmado por ambos os grupos.

Quanto às concordâncias sobre os aspectos positivos, os pesquisados afirmam que os enfermeiros avaliam a situação do ambiente de forma adequada, visto que possuem tomada de decisão, resiliência, autonomia, habilidade e competência para atuação no cuidado de pacientes críticos, além de advogarem pelo respeito quanto à Lei do Exercício Profissional e Código de Ética de Enfermagem.

Essas características são bem reconhecidas, possivelmente atribuídas no momento da admissão do enfermeiro, onde o mesmo é claramente informado sobre as exigências da instituição diante dos aspectos comportamentais. Apesar de todos os pré-requisitos, qualidades e características exigidas, assim como os resultados entregues por estes enfermeiros, ambos os pesquisados reconheceram que os enfermeiros não possuem valorização financeira condizente com seu cargo e atividades.

Ainda sobre as atividades do enfermeiro, foram identificadas características de maturidade profissional, como a aplicação do *feedback* negativo, sendo reconhecido como um ato contributivo para o desenvolvimento da equipe, fortalecendo esta afirmação. Ambos os grupos reconheceram que a liderança do enfermeiro é interprofissional, contribuindo com sua equipe e outros profissionais.

Finalizando esta análise, os enfermeiros se veem e são vistos como profissionais motivados, e esta filosofia de vida e trabalho se reflete no respeito evidenciado pela equipe técnica. Estes mesmos profissionais acreditam que a liderança é construída, pois trata-se de uma trilha a ser desenvolvida ao longo da carreira e, mesmo diante de inúmeros desafios, a liderança que atualmente é exercida

por estes enfermeiros demonstra-se eficaz para o cuidado prestado ao paciente crítico.

Neste estudo, concluímos que, ao aplicarmos a escala proposta, foi possível identificar, conhecer e analisar os fatores que estimulam e desafiam a liderança, assim como fatores estruturais e setoriais críticos das instituições, onde foi possível reconhecer pontos que favorecem a liderança do enfermeiro. Porém, foram evidenciados pontos de atenção, que sugerem ações imediatas e a médio prazo, para correção de déficits e oportunidades, com o intuito de promoção de melhorias locais.

REFERÊNCIAS

ABELHA, D. M.; CARNEIRO, P. C. C.; CAVAZOTTE, F. S. C. Liderança transformacional e satisfação no trabalho: avaliando a influência de fatores do contexto organizacional e características individuais. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 516-532, out./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgn/a/w5bvvrXRJ4X3Q73m8z9q6XkH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2020.

ABBENBROEK, B.; DUFFIELD, C. M.; ELLIOT, D. Selection of an instrument to evaluate the organizational environment of nurses working in intensive care: an integrative review. **Journal of Hospital Administration**, Ontario, v. 3, n. 6, p. 143-162, 2014. Disponível em: <https://ro.ecu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1574&context=ecuworkspost2013>. Acesso em: 9 fev. 2020.

AGUIAR, D. F. *et al.* Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. **Aquichan**, Bogotá, v. 10, n. 2, p. 115-131, maio/ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972010000200003. Acesso em: 22 fev. 2020.

ALMEIDA, M. C. P. de. **Liderança escolar e satisfação com o líder**: uma relação possível. 2012. 147 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) - Instituto Superior de Educação e Ciências, Lisboa, 2013.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Magnet Recognition Program**: application manual silver spring. Maryland: ANCC, 2005.

AMESTOY, S. C. *et al.* Desafios vivenciados no exercício da liderança por enfermeiros: perspectivas como técnicos de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 495-502, jul./set., 2014a. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20501>. Acesso em: 7 fev. 2020.

AMESTOY, S. C. *et al.* Exercício da liderança do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Journal Nursing Health**, v. 4, n. 2, p. 143-154, 2014b. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/4271>. Acesso em: 20 mar. 2020.

AMESTOY, S. C. *et al.* Liderança na enfermagem: do ensino ao exercício no ambiente hospitalar. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/qrKG9jqXryhMHDrJqPQZQws/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

ANASTASI, A. **Testes psicológicos**. São Paulo: EPU, 1977.

- APPLEGEET, C. D.; KING, C. A. Discover magnet insights. **AORN Journal**, Hoboken, v. 88, n. 6, p. 997-9, 2008.
- ARMANDI, B.; OPPEDISANO, J.; SHERMAN, H. Leadership theory and practice: a case in point. **Management Decision**, Bingley, v. 41, n. 10, p. 1076-1088, 2003.
- ARMSTRONG, K.; LASCHINGER, H.; WONG, C. Workplace empowerment and Magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. **Journal of Nursing Administration**, Hagerstown, v. 39, n. 7/8, p. 17-24, 2009. Suplemento.
- AVILA, L. I. *et al.* Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 102-109, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/mm5dxRpwHJH9S7hRPLzhGGn/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2020.
- AVOLIO, B. J.; BASS, B. M.; JUNG, D. I. Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, Leicester, v. 72, n. 4, p. 441-62, 1999. Disponível em: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/096317999166789.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2020.
- BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O. Liderança do enfermeiro em unidade de terapia intensiva e sua relação com ambiente de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 106-13, jan./fev. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/5ZLv78FgSVf4ZKMfWK7jzjH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 mar. 2020.
- BATISTA, A. A. V. *et al.* Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.
- BENNIS, W. **A formação do líder**. São Paulo: Atlas, 1996.
- BENNIS, W.; SPEITZER, G. M.; CUMMINGS, T. G. **O futuro da liderança**. São Paulo: Futura, 2001.
- BENNIS, W. **A essência da liderança**. 11. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.
- BEZERRA, F. N.; SILVA, T. M.; RAMOS, V. P. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 151-156, 2012. Edição especial. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_24.pdf. Acesso em: 19 fev. 2020.

BEZERRA, F. D. *et al.* Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 33-7, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/Nf8wZVthm9Sv5f8gdcMDDzQ/?lang=pt>. Acesso em: 19 fev. 2020.

BLAKE, R. R.; MOUTON, J. S. **O grid gerencial III**. São Paulo: Pioneira, 1995.

BONFADA, M. S.; PINNO, C.; CAMPONOGARA, S. Potencialidades e limites da autonomia do enfermeiro em ambiente hospitalar. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 8, 2235-2246, ago. 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234915/29743>. Acesso em: 2 dez. 2021.

BOREL, M. G. C. **Avaliação da teoria dos vínculos profissionais por meio do modelo de Meleis**. 2019. 159 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro 1996**.

Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Ministério da Educação, 1996. Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 9 nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 564/2017**.

Brasília, DF: COFEN, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 11 set. 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Brasília, DF: COFEN, 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 11 set. 2021.

BROCAL P. V.; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 97-103, 2012.

BRUNO, L. F. C. **Levantamento da qualidade de vida no trabalho**. Manaus: Universidade do Amazonas, 1999.

- CARDOSO, R. B. *et al.* Programa de Educação Permanente para o uso do prontuário eletrônico do paciente na enfermagem. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 9, p. 25-35, 2017. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/429/302>. Acesso em: 25 fev. 2021.
- CARVALHO, L. A. *et al.* As relações interpessoais da equipe de enfermagem sob a perspectiva da teoria dos vínculos profissionais. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Montes Claros, v.10, n. 1, p. 52-64, 2021.
- CAVEIÃO, C. **Competências e estratégias de ensino-aprendizagem para a formação da liderança do enfermeiro**. 2016. 203 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.
- CAVEIÃO, C. *et al.* Understanding of nursing students about collaborative work. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4796-4802, 2016.
- CORRADI, E. M. C.; ZGODA, L. T. R. W.; PAUL, M. F. B. O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 2, 184-193, 2008.
- COSTA, M. V. *et al.* Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 19, n. 1, p. 709-720, 2015. Suplemento.
- COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 571-580, 2009. Suplemento.
- CRISP, N.; IRO, E. Nursing now campaign: raising the status of nurses. **Lancet**, Londres, v. 391, n. 10124, p. 920-921, 2018.
- CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of the tests. **Psychometrika**, Nova York, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.
- CRUZ, M. R. P.; NUNES, A. J. S.; PINHEIRO, P. G. Teoria Contingencial de Fiedler: aplicação prática da escala Least Preferred Co-Worker (LPC). **Textos para Discussão**, Covilhã, v. 8, p. 1-14, 2010. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6551903.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Fatores intervenientes na produção do cuidado em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 120-124, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Jkr4ydLQ9zP8VG3gMJVxYMh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2021.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa: polêmicas do nosso tempo**. Campinas: Autores Associados, 1995.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família, **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1717-1727, 2018. Suplemento. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Kg5M3YCMBKsbkx4QF6DJvJt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 fev. 2021.

FERREIRA, B. J. **Inovações na formação médica: reflexos na organização do trabalho pedagógico**. 2004. 477 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

FERREIRA, B. J.; BATISTA, S. H.; BATISTA, N. O Processo de Ensino/Aprendizagem no Mestrado Profissional – MP Norte: análise de uma experiência. **Enseñanza de las Ciencias: revista de investigación y experiencias didácticas**, Bellaterra, v. extra, p. 1246-1251, 2013. Disponível em: <https://raco.cat/index.php/Ensenanza/article/view/307132/397112>. Acesso em: 25 fev. 2021.

FERREIRA, B. J.; RODRIGUES, A. A. Aspectos constitutivos da construção de Escala tipo Likert para a avaliação das competências assistenciais na formação de técnicos em enfermagem em cenários de prática. **Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais**, Fortaleza, v. 2, p. 3-4, 2019.

FISCHBORN, A. F.; VIEGAS, M. F. A atividade dos trabalhadores de enfermagem numa unidade hospitalar: entre normas e renormalizações. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 657-674, 2015.

GANGA, F.; NAVARRETE, E. Enfoques asociados al liderazgo eficaz para la organizació. **Gaceta Laboral**, Maracaibo, v. 19, n. 1, p. 52-77, 2013.

GARCIA, B. L. *et al.* Relação entre liderança e vínculos profissionais: percepção de enfermeiros. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luís, v. 18, n. 2, p. 114-8, 2016.

GASPARINO, R. C., GUIARDELLO, E. B, AIKEN, L. H. Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised (B-NWI-R). **Journal of Clinical Nursing**, Boston, v. 20, n. 23/24, p. 3494–3501, 2011. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03776.x>. Acesso em: 10 maio 2021.

GELBCKE, F. L. *et al.* Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 136-9, jan./fev. 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/L7NVY4MfxmM56V4JJT69Tjr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

GEORGE, J. M. Leader positive mood and group performance: the case of customer service. **Journal of Applied Social Psychology**, Washington, v. 25, n. 9, p. 778-794, 1995.

GIOVANINI, T. **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro, Revinter, 1995.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLEMAN, D.; BOYATZIS, R.; MCKEE, A. **Primal leadership: realizing the power of emotional intelligence**. Boston: Harvard Business School, 2002.

GOODMAN B. Legal competence: interprofessional collaboration and nurse autonomy. **Nursing in Critical Care**, Londres, v. 9, n. 6, p. 271-276, 2004.

HOOVER, J.; VALENTI, A. **A liderança compartilhada**. São Paulo: Futura, 2006.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Programa de Reconhecimento Magnet®**. 2021. Disponível em: <https://www.einstein.br/sobre-einstein/praticas-assistenciais/magnet>. Acesso em: 13 set. 2021.

JORDÃO, S. D. **A arte de liderar: vivenciando mudanças em um mundo globalizado**. Belo Horizonte: Tecer Liderança, 2004.

KELLY, L. A.; MCHUGH, M. D.; AIKEN, L. H. Nurse Outcomes in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. **The Journal of Nursing Administration**, Hagerstown, v. 42, n. 10, p. S44–S49, 2012. Suplemento. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5606241/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

KHALILI, H.; HALL, J.; DELUCA, S. Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 28, n. 2, p. 92-7, 2014.

KLETEMBERG, D. F. *et al.* O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n.1, p. 26-32, 2010.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 651-658, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4386>. Acesso em: 12 jun. 2021.

LIKERT, R. **A technique for the measurement of attitudes**. New York: The Science Press, 1932. (Archives of Psychology, n. 140).

MARSTON, W. M. **As emoções das pessoas normais**. São Paulo: Sucess for You, 2014.

MELO, M. V *et al.* Estresse dos profissionais de saúde nas unidades hospitalares de atendimento em urgência e emergência. **Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde Facipe**, Recife, v. 1, n. 2, p. 35-42, nov. 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/facipesaude/article/download/1200/580/0>. Acesso em: 12 nov. 2020.

MILONE, G. **Estatística geral e aplicada**. São Paulo: Centage Learning, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MORAES, B. A. *et al.* Avaliação do impacto dos programas de reorientação profissional em cursos da área da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 43, n. 2, p. 122-129, abr./jun. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/fVSsRL45dRZpCLrj8ywJmwb/?lang=pt>. Acesso em: 25 fev. 2021.

MORAES, S. G. *et al.* Development and validation of strategy to assess teaching methods in graduate disciplines. *In*: NATA, R. V. (ed.). **Progress in education**. Nova Iorque: Nova Science Publishers, 2012. p. 81-107. v. 28.

MOURA, G. M. S. S. *et al.* Liderança em enfermagem: análise do processo de escolha das chefias. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1099-1106, nov./dez. 2010.

NEVES, M. J. A. O. *et al.* Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 42-47, 2010.

NEVES, V. R.; SANNA, M. C. Nursing leadership teaching: a bibliometrics study. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 308-313, 2012.

NORA, C. R. D. *et al.* Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cVF3gxmVvNBfVvfn6gbBgtF/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 12 abr. 2021.

- NUGUS, P.; FORERO, R. Understanding interdepartmental and organizational work in the emergency department: an ethnographic approach. **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 19, n. 2, p. 69-74, 2011.
- NUNNALLY, J. C. **Psychometric theory**. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1978.
- PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-83, 2013.
- PEREIRA, T. B.; BEZERRA, M. R. B.; BARROS, M. M. A. Relações interpessoais da equipe de enfermagem no ambiente de trabalho. **DêCiência em Foco**, Rio Branco, v. 3, n. 1, p. 65-81, 2019.
- PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-9, jul./set. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/tS353zgK36J9Mk36RyLLG7K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2020.
- REDE D'OR SÃO LUIZ. **Histórico**. 2020. Disponível em: <https://www.rededorsaoluiz.com.br/o-grupo/historico>. Acesso em: 12 jan. 2020.
- RICHTER, A. S. *et al.* Ações empreendedoras em enfermagem: desafios de enfermeiras em posição estratégica de liderança. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 46-52, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/xzsHBHMdGRcdCgq474yP5Ht/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.
- RITZ, M. C. **Qualidade de Vida no Trabalho**: construindo, medindo e validando uma pesquisa. 2000. 96 f. Dissertação (Mestrado em Qualidade) – Instituto de Matemática, Estatística e Computação Científica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.
- ROBBINS, S. P. **A verdade sobre gerenciar pessoas**. São Paulo: Pearson Education, 2002.
- RUDY, D. W. *et al.* Self- and peer assessment in a first-year communication and interviewing course. **Evaluation & the health professions**, Baltimore, v. 24, n. 4, p. 436-45, 2001.
- SABBAH, I. M. *et al.* The association of leadership styles and nurses well-being: a cross sectional study in healthcare settings. **The Pan African Medical Journal**, Kampala, v. 36, n. 328, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7603809/pdf/PAMJ-36-328.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021.

- SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; ESPÓSITO, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 6, p. 856-862, nov./dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fzgw39Q7TvqL7SsVvMyKNHr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2020.
- SANTOS, I.; OLIVEIRA, S. R. M.; CASTRO, C. B. Gerência do processo de trabalho em enfermagem: liderança da enfermeira em unidades hospitalares. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 393-400, 2006.
- SANTOS, J. R. A. Alfa de Cronbach: a tool for assessing the reliability of scales. **Journal of Extension**, Madison, v. 37, n. 2, p. 1-5, 1999.
- SANTOS, J. L. G. *et al.* Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.136-43, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z3kpmzGJg8nPB4FHhYdxx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 fev. 2020.
- SCHIMIDT, M. J. **Understanding and using statistics basic concepts**. Massachusetts, USA: D.C. Heath and Company, 1975.
- SCHWARTZ, Y. Trabalho e saber. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 21-34, 2003.
- SILVA, K. *et al.* Expansão dos cursos de graduação em enfermagem e mercado de trabalho: reproduzindo desigualdades? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 3, p. 406-13, 2012.
- SILVA, E. M.; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.10, p. 3033-3042, 2015.
- SILVA, V. L. S.; CAMELO, S. H. H. A competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 4, p. 533-539, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/10031>. Acesso em: 2 jun. 2020.
- SILVA, F. M. V. *et al.* Estratégias utilizadas por enfermeiros para minimizar a assimetria na comunicação em unidade de terapia intensiva. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 16, n. 57, p. 110-117, 2018.

- SIQUEIRA, I. L. C. P. de; KURCGANT, P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 446-51, 2005.
- SOUZA, S. V.; FERREIRA, B. J. Preceptorial: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 44, n. 1, p. 15-21, 2019. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1074>. Acesso em: 10 maio 2021.
- SPAGNOL, C. A.; FERRAZ, C. A. Tendências e perspectivas da administração em enfermagem: um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte-MG. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 15-20, 2002.
- STEWART, J.; THOMAS, M. **Bridges not walls**: a book about interpersonal communications. 6. ed. New York: McGraw-Hill, 1995.
- SWEENEY, A.; CLARKE, N.; HIGGS, M. Shared leadership in commercial organizations: a systematic review of definitions, theoretical frameworks and organizational outcomes. **International Journal of Management Reviews**, Oxford, v. 21, n. 1, p. 115-136, 2019.
- TEIXEIRA, N. L.; SILVA, M. M.; DRAGANOV, P. B. Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipe de enfermagem. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 73, p. 138-150, out./dez. 2018. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/138/191>. Acesso em: 23 mar. 2020.
- THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 409-417, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/973SWqGnGqhnBzDpv9YdNcB/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 09 out. 2021.
- TREVIZAN, M. A. **Liderança do enfermeiro**: o ideal e o real no contexto hospitalar. São Paulo: Sarvier, 1993.
- VILELA, R. Q. B.; AMADO, E. Educação interprofissional e prática colaborativa em terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Brazilian Applied Science Review**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 1247-1268, 2018. Edição Especial.
- WATSON, D.; CLARK, L. A.; TELLEGEN, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 54, n. 6, p. 1063-1070, 1988.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA:****AVALIAÇÃO DO PERFIL DE LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E PRONTO ATENDIMENTO EM UM HOSPITAL PRIVADO NA CIDADE DE SÃO PAULO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.**

ESTAMOS CONVIDANDO VOCÊ PARA PARTICIPAR DESTA PESQUISA, QUE TEM COMO OBJETIVO INVESTIGAR O AUTOCONHECIMENTO EM RELAÇÃO À LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS DO PRONTO ATENDIMENTO E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PRIVADO DA CIDADE DE SÃO PAULO. SOU ENFERMEIRA E ESTOU DESENVOLVENDO ESTA PESQUISA NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU, NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL, NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP.

Os procedimentos que irão compor esta pesquisa serão:

1. Aplicação do instrumento estruturado referente aos aspectos de liderança junto ao gerente de enfermagem, supervisores, líderes do cuidado, enfermeiros e técnicos de enfermagem dos referidos setores.

Esta pesquisa pode apresentar riscos relacionados a constrangimento de respostas, porém o entrevistado tem total liberdade de se recusar a responder a pesquisa ou desistir a qualquer momento. Os benefícios desta pesquisa contribuirão para o desenvolvimento de um programa de educação em liderança para enfermeiros.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O PRINCIPAL INVESTIGADOR É BEATRIZ JANSEN FERREIRA, QUE PODE SER ENCONTRADA NO ENDEREÇO MACEDO SOARES, 532 - BARÃO GERALDO – CAMPINAS/ SP. TELEFONE (19) 99140-1418. E-MAIL: beatrizjansenferreira@gmail.com e Michele Navarro Flores, que pode ser encontrada no endereço Alameda dos Araés, 188 – Planalto Paulista – São Paulo/ SP. Telefone (11) 995450248. E-mail: micheleflores2612@gmail.com. Caso você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, situado à Rua Botucatu, 740 Vila Clementino – São Paulo /SP – Cep 04023-900. Telefone: 5571-1062, email: cep@unifesp.br.

É garantida a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade em seu local de trabalho. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as dos outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Está garantido o direito de você ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Torna-se

explícito o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Declaração do participante:

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Avaliação do Perfil de Liderança dos Enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Atendimento em um Hospital Privado na Cidade de São Paulo: Desafios e Perspectivas para Promoção da Educação.” Eu discuti com Michele Navarro Flores sobre minha decisão em participar nesse estudo.

Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou da minha atuação no meu local de trabalho.

Nome do Participante:

Assinatura do Participante:

Local: _____ Data ____/____/_____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste representante legal para a participação neste estudo, **sendo disponibilizado em 2 vias originais: uma para ficar uma com o participante e outra para com o pesquisador.**

Assinatura Responsável pelo estudo

Beatriz Jansen Ferreira / Michele Navarro Flores

Data: ____/____/_____

APÊNDICE B – Escala Tipo Likert

INSTRUMENTO PARA PREENCHIMENTO PELOS ENFERMEIROS AVALIAÇÃO DE PERFIL DE LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS

Este instrumento é parte da dissertação de Mestrado Profissional realizado no curso de pós graduação do Centro de Educação em Ensino em Saúde – UNIFESP, intitulada “Construção e aplicação de escala do tipo likert para avaliação da liderança dos enfermeiros em unidades críticas: desafios e perspectivas”, cujo objetivo deste trabalho é avaliar o atual cenário referente ao comportamento de liderança dos enfermeiros frente as exigências institucionais sob o prisma da equipe de enfermeiros e técnicos, para que seja sinalizado oportunidades de melhorias para o desenvolvimento de um programa de Educação Permanente em Liderança para Enfermeiros de UTI e PS. Será realizado nas UTIS e PSs do hospital São Luiz-unidade Itaim, sendo desenvolvido por Michele Navarro Flores, sob orientação da Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira. Neste instrumento contaremos com 37 asserções fechadas e 1 asserção aberta, referente ao comportamento do enfermeiro assistencial que atua em UTI e PS. Peço a gentileza de seguir os seguintes passos:

- 1- Este instrumento será preenchido eletronicamente no *Google forms*.
- 2- Leia atentamente cada assertiva.
- 3- O instrumento é anônimo, você não deverá colocar seu nome ou se identificar em nenhum local, portanto em configurações deste instrumento NÃO foi ativado o campo de coleta de e-mails e nem a necessidade de realizar login para o preenchimento, com o intuito de garantir o anonimato e sigilo de suas respostas.
- 4- Este instrumento é sigiloso e suas respostas não comprometerão seu vínculo empregatício pois seguirá no anonimato de respostas e sigilo ético relacionado a sua identidade x respostas).
- 5- Leia atentamente cada assertiva, não há alternativa certa ou errada, queremos apenas a sua opinião.
- 6- Você encontrará 4 opções de resposta (Concordo, Inclinado a Concordar, Inclinado a Discordar e Discordo), devendo assinalar apenas 1 assertiva baseada em sua opinião ou a que mais se assimilar a sua percepção. Assinalar apenas 1 assertiva.
- 7- Certifique-se de que todas as assertivas tenham sido respondidas

Importante:

Os Enfermeiros farão uma autoavaliação nas opções de respostas expressando, da forma mais fiel, como se veem em cada asserção respondida. Agradecemos muito a sua colaboração neste estudo.

Enf. Michele Flores
Prof. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

IDENTIFICAÇÃO:

Idade: ()20 a 24 anos ()25 a 29 anos ()30 a 34 anos ()35 a 39 anos
()40 a 44 anos ()45 a 49 anos ()50 a 54 anos ()55 a 59 anos
()igual ou mais que 60 anos

Sexo: ()Feminino ()Masculino

Formação: ()graduação ()pós graduação na área ()mais de uma pós graduação
()mestrado ()doutorado

Tempo de experiência na função que exerce: ()menos que 1 ano ()1 a 3 anos
()4 a 9 anos ()10 a 15 anos ()16 a 20 anos ()mais que 20 anos

Tempo de trabalho nesta instituição que está sendo realizada a pesquisa:
()menos que 1 ano ()1 a 3 anos ()4 a 9 anos ()10 a 15 anos
()16 a 20 anos ()mais que 20 anos

CATEGORIA PROFISSIONAL:

() Enfermeiro Assistencial () Enfermeiro Administrativo

SETOR:

()UTI 1 ()UTI 2 ()UTI 3 ()UTI 4 ()UTI Neonatal ()PA adulto ()PA obstétrico

1- **A Equipe de enfermagem se espelha na motivação demonstrada por você enfermeiro de UTI ou PS.**

Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()

2- **Você enfermeiro intensivista/emergencista tem dificuldade em apontar aos profissionais situações inadequadas do trabalho exercido por sua equipe.**

Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()

3- **Você enfermeiro que trabalha nas UTIs e PSs possui competências e habilidades condizentes com o perfil exigido pela instituição.**

Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()

4- **Você enfermeiro intensivista/ emergencista exerce um exemplo de liderança eficaz junto ao paciente crítico contribuindo de forma importante para realização do cuidado.**

Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()

5- **Você enfermeiro de UTI e PS inspira sua equipe e gera nela expectativas de crescimento profissional.**

Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()

-
- 6- **Você enfermeiro intensivista/emergencista sente-se incomodado em receber críticas de sua equipe.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 7- **A sua liderança na unidade crítica é qualificada por um trabalho interprofissional, a partir da contribuição de toda a equipe de enfermagem e outras categorias da saúde.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 8- **Você enfermeiro de unidade crítica recebe autonomia de sua supervisão no sentido de prover aos membros de sua equipe o que necessitam.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 9- **Um dos maiores desafios para você enfermeiro emergencista/intensivista é ser mediador das ações cotidianas geradas pela sua equipe.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 10- **Você enfermeiro de unidade crítica é estimulado pela instituição a contribuir na criação e revisão de protocolos com as particularidades de seu setor de atuação (UTI e PS).**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 11- **Você enfermeiro de UTI ou PS, trabalha no esquema de “ajudar um ao outro” pois esta é uma maneira de fortalecer uma liderança sustentável principalmente no manejo de pacientes críticos.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 12- **Você enfermeiro intensivista/emergencista sente-se confortável no acesso a todos os níveis de gestão (diretores, gerentes, supervisores e líderes).**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 13- **De modo geral você enfermeiro UTI/ PS, não se sente respeitado na instituição como os outros profissionais com nível superior como os médicos, dentistas, entre outros.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 14- **Você enfermeiro de unidade crítica NÃO foi informado de maneira clara pela instituição quanto às funções (assistenciais e de gestão) de seu cargo no processo admissional e NÃO é informado periodicamente sobre tais atribuições na UTI e PS.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 15- **Você enfermeiro intensivista/emergencista NÃO se sente respeitado por seus subordinados por sua competência técnica e liderança.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 16- **O modelo de passagem de plantão executado por você enfermeiro de UTI/PS NÃO tem contribuído para uma comunicação eficaz junto a sua equipe.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 17- **A instituição oferta igualmente para a equipe médica e para você enfermeiro de unidade crítica, espaços de educação continuada/permanente para qualificação profissional técnica e abordagens de desenvolvimento de líderes.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()

-
- 18- **Você enfermeiro intensivista/emergencista possui características natas de liderança para manejo de pacientes críticos.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 19- **Você enfermeiro de UTI e PS NÃO é respeitado pelos seus superiores por sua competência técnica e liderança.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 20- **Você enfermeiro de unidade crítica reitera de forma constante as atribuições de cada integrante da equipe considerando a Lei de Exercício Profissional e o Código de Ética profissional.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 21- **A instituição demonstra junto a você enfermeiro intensivista/emergencista, a importância do desenvolvimento da competência de liderança, qualificando-o periodicamente.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 22- **Você enfermeiro de UTI e PS vem desenvolvendo ao longo de sua trajetória profissional a competência de liderança junto a pacientes críticos.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 23- **Você enfermeiro intensivista e emergencista NÃO se sente respeitado pelos seus pares por sua competência técnica e liderança.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 24- **Os feedbacks negativos dados por você enfermeiro aos profissionais de enfermagem nos casos de pacientes graves, contribuem para o fortalecimento da responsabilidade da equipe nas UTIs/PSs.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 25- **Você enfermeiro de UTI e PA é estimulado a representar sua instituição em eventos científicos.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 26- **Você enfermeiro demonstra capacidade de escuta ativa junto a sua equipe na resolução de demandas da UTI / PS buscando o bem-estar de sua equipe.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 27- **A avaliação da equipe de enfermagem é executada por você enfermeiro de unidade crítica, porém a mesma não ocorre periodicamente.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 28- **A instituição estimula o seu crescimento profissional e de sua equipe de enfermagem por meio de especializações, cursos, aprimoramentos, aperfeiçoamentos, etc.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 29- **A tomada de decisão, autonomia e resiliência são características de liderança exercida por você enfermeiro nos ambientes críticos como UTI e PS.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()

-
- 30- **Você enfermeiro emergencista/intensivista NÃO estimula o sentimento de pertencimento de sua equipe em relação a instituição.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 31- **Você enfermeiro de UTI e PS gera em sua equipe capacidade de tomada de decisão compartilhando ideias relacionados a gestão da unidade e cuidado aos pacientes críticos.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 32- **A instituição acredita que valorizar financeiramente você enfermeiro intensivista/emergencista que busca as suas titulações e formações técnicas relacionados ao seu trabalho na UTI e PS seja uma forma de incentivar o crescimento intelectual de sua categoria profissional.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 33- **Você enfermeiro busca o senso de empatia no contexto das UTIs e PSs e estimula o mesmo em sua equipe.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 34- **Você enfermeiro emergencista/intensivista sente-se capaz de realizar uma avaliação da situação do ambiente, relacionado com a comunicação entre os componentes da equipe, pacientes e familiares, buscando contribuir para um trabalho mais efetivo.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 35- **A instituição incentiva você enfermeiro de UTI e PS para produção científica e publicação em periódicos.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 36- **Você enfermeiro de unidade crítica apresenta postura de liderança diferente dos demais enfermeiros, o que gera dificuldades de trabalho com a equipe.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 37- **Você enfermeiro intensivista/emergencista realiza a avaliação de desempenho da equipe de enfermagem com imparcialidade, considerando exclusivamente o desempenho técnico, sua relação com colegas, pacientes e familiares.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 38- **Fale sua opinião a respeito da sua liderança como Enfermeiro da UTI/PS, como competências ou características marcantes que você gostaria de registrar além do que foi exposto aqui. Sua opinião é muito importante para nossa pesquisa**

APÊNDICE C – Escala Tipo Likert**INSTRUMENTO PARA PREENCHIMENTO PELOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM
AVALIAÇÃO DE PERFIL DE LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS**

Este instrumento é parte da dissertação de Mestrado Profissional realizado no curso de pós graduação do Centro de Educação em Ensino em Saúde – UNIFESP, intitulada “Construção e aplicação de escala do tipo likert para avaliação da liderança dos enfermeiros em unidades críticas: desafios e perspectivas”, cujo objetivo deste trabalho é avaliar o atual cenário referente ao comportamento de liderança dos enfermeiros frente as exigências institucionais sob o prisma da equipe de enfermeiros e técnicos, para que seja sinalizado oportunidades de melhorias para o desenvolvimento de um programa de Educação Permanente em Liderança para Enfermeiros de UTI e PS. Será realizado nas UTIS e PSs do hospital São Luiz-unidade Itaim, sendo desenvolvido por Michele Navarro Flores, sob orientação da Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira. Neste instrumento contaremos com 37 asserções fechadas e 1 asserção aberta, referente ao comportamento do enfermeiro assistencial que atua em UTI e PS. Peço a gentileza de seguir os seguintes passos:

1. Este instrumento será preenchido eletronicamente no *Google forms*
2. Leia atentamente cada assertiva
3. O instrumento é anônimo, você não deverá colocar seu nome ou se identificar em nenhum local, portanto em configurações deste instrumento NÃO foi ativado o campo de coleta de e-mails e nem a necessidade de realizar login para o preenchimento, com o intuito de garantir o anonimato e sigilo de suas respostas.
4. Este instrumento é sigiloso e suas respostas não comprometerão seu vínculo empregatício pois seguirá no anonimato de respostas e sigilo ético relacionado a sua identidade x respostas)
5. Leia atentamente cada assertiva, não há alternativa certa ou errada, queremos apenas a sua opinião.
6. Você encontrará 4 opções de resposta (Concordo, Inclinado a Concordar, Inclinado a Discordar e Discordo), devendo assinalar apenas 1 assertiva baseada em sua opinião ou a que mais se assimilar a sua percepção. Assinalar apenas 1 assertiva.
7. Certifique-se de que todas as assertivas tenham sido respondidas

Importante:

TÉCNICOS EM ENFERMAGEM irão indicar sua percepção em relação ao grupo de enfermeiros por meio das opções de respostas, expressando da forma mais fiel possível, como os veem em cada asserção respondida.

Agradecemos muito a sua colaboração neste estudo.

Enf. Michele Flores

Prof. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

IDENTIFICAÇÃO:

Idade: ()20 a 24 anos ()25 a 29 anos ()30 a 34 anos ()35 a 39 anos
 ()40 a 44 anos ()45 a 49 anos ()50 a 54 anos ()55 a 59 anos
 ()igual ou mais que 60 anos

Sexo: ()Feminino ()Masculino

Formação: ()graduação ()pós graduação na área ()mais de uma pós graduação
 ()mestrado ()doutorado

Tempo de experiência na função que exerce: ()menos que 1 ano ()1 a 3 anos
 ()4 a 9 anos ()10 a 15 anos ()16 a 20 anos ()mais que 20 anos

Tempo de trabalho nesta instituição que está sendo realizada a pesquisa:
 ()menos que 1 ano ()1 a 3 anos ()4 a 9 anos ()10 a 15 anos
 ()16 a 20 anos ()mais que 20 anos

CATEGORIA PROFISSIONAL: ()Técnico em enfermagem

SETOR:

()UTI 1 ()UTI 2 ()UTI 3 ()UTI 4 ()UTI Neonatal ()PA adulto ()PA obstétrico

- 1- **A Equipe de enfermagem se espelha na motivação demonstrada pelo enfermeiro de UTI e PS.**
 Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 2- **O enfermeiro intensivista/emergencista tem dificuldade em apontar aos profissionais situações inadequadas do trabalho exercido por sua equipe.**
 Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 3- **O enfermeiro que trabalha nas UTI e PS possui competências e habilidades condizentes com o perfil exigido pela instituição.**
 Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 4- **O enfermeiro intensivista/ emergencista exerce um exemplo de liderança eficaz junto ao paciente crítico contribuindo de forma importante para realização do cuidado.**
 Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 5- **O enfermeiro de UTI e PS inspira sua equipe e gera nela expectativas de crescimento profissional.**
 Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 6- **O enfermeiro intensivista/emergencista sente-se incomodado em receber críticas de sua equipe.**
 Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 7- **A liderança do enfermeiro na unidade crítica é qualificada por um trabalho interprofissional, a partir da contribuição de toda a equipe de enfermagem e outras categorias da saúde.**

- Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 8- **O enfermeiro de unidade crítica recebe autonomia de sua supervisão no sentido de prover aos membros de sua equipe o que necessitam.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 9- **Um dos maiores desafios o enfermeiro emergencista/ intensivista é ser mediador das ações cotidianas geradas pela sua equipe.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 10- **O enfermeiro de unidade crítica é estimulado pela instituição a contribuir na criação e revisão de protocolos com as particularidades de seu setor de atuação (UTI e PS)**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 11- **O enfermeiro de UTI ou PS, trabalha no esquema de “ajudar um ao outro” pois esta é uma maneira de fortalecer uma liderança sustentável principalmente no manejo de pacientes críticos.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 12- **O enfermeiro intensivista/ emergencista sente-se confortável no acesso a todos os níveis de gestão (diretores, gerentes, supervisores e líderes).**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 13- **De modo geral o enfermeiro de UTI e PS não se sente respeitado na instituição como os outros profissionais com nível superior como os médicos, dentistas, entre outros.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 14- **O enfermeiro de unidade crítica NÃO foi informado de maneira clara pela instituição quanto às funções assistenciais e de gestão de seu cargo no processo admissional, e também não é informado periodicamente sobre tais atribuições na UTI e PS.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 15- **O enfermeiro intensivista/emergencista NÃO se sente respeitado por seus subordinados por sua competência técnica e liderança.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 16- **O modelo de passagem de plantão executado pelos enfermeiros de UTI/PS NÃO tem contribuído para uma comunicação eficaz junto a sua equipe.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 17- **A instituição oferta igualmente para a equipe médica e os enfermeiros de unidade crítica, espaços de educação continuada/permanente para qualificação profissional técnica e abordagens de desenvolvimento de líderes.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 18- **O enfermeiro intensivista/emergencista possui características natas de liderança para manejo de pacientes críticos.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()

- 19- **O enfermeiro de UTI e PS NÃO é respeitado pelos seus superiores por sua competência técnica e liderança.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 20- **O enfermeiro de unidade crítica reitera de forma constante as atribuições de cada integrante da equipe considerando a Lei de Exercício Profissional e o Código de Ética profissional.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 21- **A instituição demonstra junto ao enfermeiro intensivista/emergencista, a importância do desenvolvimento da competência de liderança, qualificando-o periodicamente.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 22- **O enfermeiro de UTI e PS vem desenvolvendo ao longo de sua trajetória profissional a competência de liderança junto a pacientes críticos.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 23- **O enfermeiro intensivista e emergencista NÃO se sente respeitado pelos seus pares por sua competência técnica e liderança.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 24- **Os feedbacks negativos dados pelo enfermeiro aos profissionais de enfermagem nos casos de pacientes graves, contribuem para o fortalecimento da responsabilidade da equipe nas UTIs/PSs.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 25- **O enfermeiro de UTI e PS é estimulado a representar sua instituição em eventos científicos.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 26- **O enfermeiro demonstra capacidade de escuta ativa junto a sua equipe na resolução de demandas da UTI / PS buscando o bem-estar de sua equipe.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 27- **A avaliação da equipe de enfermagem é executada pelo enfermeiro de unidade crítica, porém a mesma NÃO ocorre periodicamente.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 28- **A instituição estimula o crescimento profissional do enfermeiro e de sua equipe de enfermagem por meio de especializações, cursos, aprimoramentos, aperfeiçoamentos, etc.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 29- **A tomada de decisão, autonomia e resiliência são características de liderança exercida pelo enfermeiro nos ambientes críticos como UTI e PS.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 30- **O enfermeiro emergencista/intensivista NÃO estimula o sentimento de pertencimento de sua equipe em relação a instituição.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()

- 31- **O enfermeiro de UTI e PS gera em sua equipe capacidade de tomada de decisão compartilhando ideias relacionados a gestão da unidade e cuidado aos pacientes críticos.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 32- **A instituição acredita que valorizar financeiramente o enfermeiro intensivista/emergencista que busca as suas titulações e formações técnicas relacionados ao seu trabalho na UTI e PS seja uma forma de incentivar o crescimento intelectual de sua categoria profissional.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 33- **O enfermeiro busca o senso de empatia no contexto das UTI e PS e estimula o mesmo em sua equipe.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 34- **O enfermeiro emergencista/intensivista sente-se capaz de realizar uma avaliação da situação do ambiente, relacionado com a comunicação entre os componentes da equipe, pacientes e familiares, buscando contribuir para um trabalho mais efetivo.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 35- **A instituição incentiva o enfermeiro de UTI e PS para produção científica e publicação em periódicos.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 36- **O enfermeiro de unidade crítica apresenta postura de liderança diferente dos demais enfermeiros, o que gera dificuldades de trabalho com a equipe.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()
- 37- **O enfermeiro intensivista/emergencista realiza a avaliação de desempenho da equipe de enfermagem com imparcialidade, considerando exclusivamente o desempenho técnico, sua relação com colegas, pacientes e familiares.**
Concordo () Inclinado a Concordar () Inclinado a Discordar () Discordo ()

APÊNDICE D – Relatório Gerencial

São Paulo, fevereiro de 2022.

RELATÓRIO GERENCIAL PARA A DIRETORIA DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL SÃO LUIZ – ITAIM – REDE D'OR

Michele Navarro Flores

Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

Este relatório é fruto da dissertação do Programa de Pós Graduação em Ensino de Ciências da Saúde – CEDESS/UNIFESP que teve início em 2019, cujo objetivo foi a criação de uma Escala do Tipo Likert para auto avaliação da liderança do enfermeiro bem como avaliação de sua equipe em unidades críticas como UTI e P.S; tal escala foi denominada por ALETE–Avaliação da Liderança de Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem (APENDICE A).

Em 2020 recebemos a anuência da Gerência de Enfermagem e Diretoria, tanto quanto a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Número do Parecer: 4.055.932, Projeto CEP/UNIFESP n:0369/2020)

A referida pesquisa se deu no hospital São Luiz (Itaim) nos setores de UTI (adulto e neonatal) e PS (adulto e obstétrico) para aplicação Escala ALETE (APENDICE B).

A aplicação da Escala ALETE aconteceu durante o mês de outubro de 2020, nos períodos manhã, tarde e noite (noturno par e noturno impar), junto a uma população de 51 enfermeiros e 56 técnicos em enfermagem, conforme podemos observar na Tabela I - Perfil da população dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem e respectiva amostra, São Paulo, 2020.

Tabela – Perfil da população dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem e respectiva amostra, São Paulo, 2020.

Setor de Atuação	Total de Profissionais Atuantes no período da coleta de dados		Respondentes			
	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem	Enfermeiros		Técnicos de Enfermagem	
			Total	%	Total	%
PS - Adulto	12	50	7	58%	7	14%
PS - Obstétrico	6	12	4	67%	4	33%
UTI - Adulto	44	120	27	61%	19	16%
UTI - Neonatal	40	143	13	33%	26	18%
Total	102	325	51	50%	56	17%

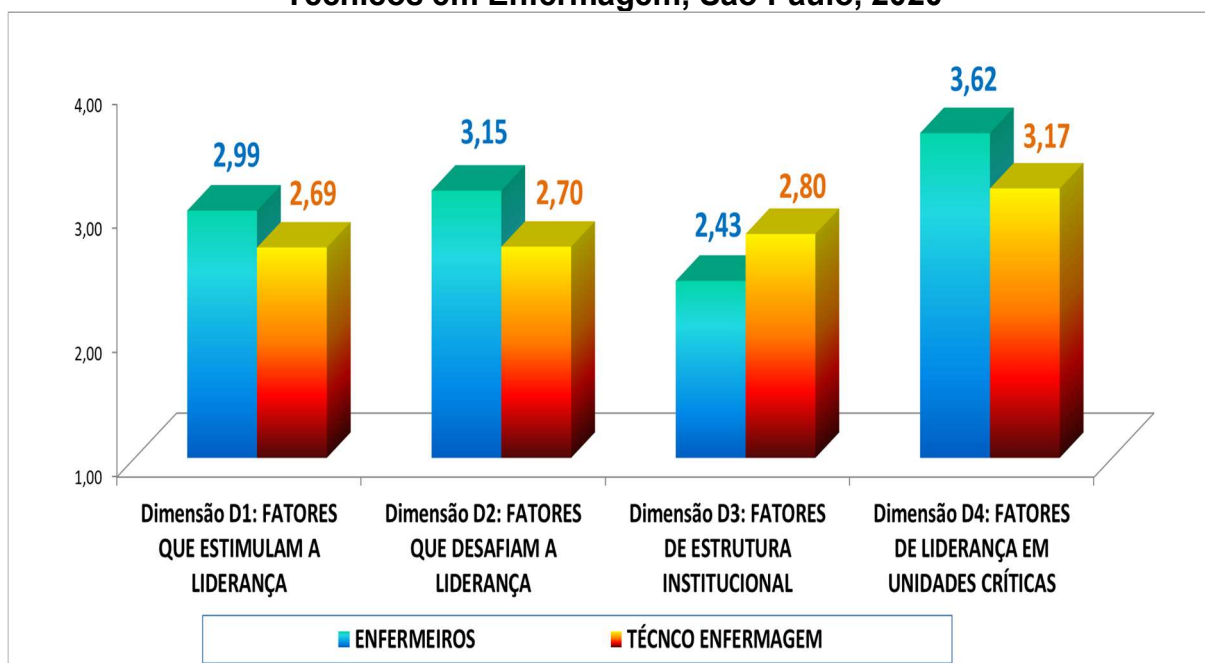
Conforme exposto anteriormente, esta escala foi composta por quatro dimensões e no Gráfico I podemos observar como cada uma foi percebida pela população pesquisada.

Na construção da mesma estabeleceu-se três intervalos interpretativos, em escalas de pontos com duas possibilidades, 1/2/3/4 e 4/3/2/1 a saber:

- De 1 a 1,99 – Percepção ruim sobre o objeto pesquisado, demandando ações de curto prazo;
- De 2 a 2,99 pontos – Percepção moderada, demandando ações de médio prazo;
- De 3 a 4 pontos – Percepção boa, indicando assertividades sobre o objeto pesquisado.

Assim, percebemos que das quatro dimensões pesquisadas, três ficaram numa zona de atenção, revelando a necessidade de ações de correção em médio prazo. Já a dimensão D4, ficou numa zona de conforto inferindo assertividades que a Instituição vem desenvolvendo em relação ao seu corpo de enfermeiros e técnicos em enfermagem.

Gráfico I – Perfil Geral Atitudinal por Dimensão, dos Enfermeiros e dos Técnicos em Enfermagem, São Paulo, 2020



Passaremos a apresentação de cada dimensão descrevendo os aspectos encontrados junto aos enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Na dimensão D1 que tratou dos fatores que estimulam a liderança, observou-se que enfermeiros se sentem respeitados por sua equipe e a mesma explicita o mesmo sentimento.

Os dois grupos apontam que não é dada autonomia ao enfermeiro, via de regra, no sentido de prover as necessidades de sua equipe.

Esta percepção é reiterada quando se destaca a dificuldade de acesso do enfermeiro aos níveis gerenciais mais altos e essa visão é mais negativa junto aos técnicos em enfermagem.

Enfermeiros sentem-se inspiradores do crescimento de sua equipe, percebem-se empáticos e geradores de sentimento de pertencimento institucional, mas, os técnicos em enfermagem tenderam a discordar desta percepção.

Na dimensão D2 intitulada Fatores que desafiam a liderança, a comunicação entre o enfermeiro e sua equipe foi avaliada como um aspecto a ser melhorado. Isso se manifesta em relações interpessoais pouco contributivas para o bom desenvolvimento do trabalho e os dois grupos apontam o modelo da passagem de

plantão como ineficaz para o avanço na competência de comunicação entre enfermeiros e suas equipes.

Os enfermeiros têm uma percepção totalmente antagônica à de sua equipe sobre seu comportamento no momento de receber críticas; os mesmos se percebem abertos para este momento, mas a equipe, sente dificuldade de expressar as dificuldades de uma situação.

Contudo ambos os grupos reconhecem que a mediação de conflitos como um grande desafio para o enfermeiro.

Os técnicos em enfermagem não percebem imparcialidade dos enfermeiros no momento avaliativo e enfermeiros e equipe reconhecem a falta de periodicidade da mesma.

Os dois grupos apontam aspectos assertivos no estímulo à responsabilidade da equipe à luz da Lei de Exercício Profissional e na abordagem junto à família do paciente, aspectos desenvolvidos pelo enfermeiro.

Na dimensão D3 buscou-se identificar os fatores de estrutura institucional que pudessem potencializar ou não, o desenvolvimento da liderança de seus enfermeiros.

Ambos os grupos reconheceram que os enfermeiros possuem conhecimento técnico e habilidade para exercer suas funções em UTI e PS, apesar das dificuldades, limitações e discordâncias quanto aos processos institucionais de valorização profissional;

Evidenciou-se que, durante o período admissional, a instituição fomenta, com clareza, as atribuições e descrição do cargo dos enfermeiros, como estratégia para garantir o desempenho de suas atividades diariamente.

Porém, fica evidente a falta de estímulo da instituição em relação à produção científica, criação de protocolos por parte dos enfermeiros, bem como o apoio com cursos e aperfeiçoamentos para o desenvolvimento profissional dos mesmos.

Quanto ao espaço institucional para oferta de EPS e educação continuada de forma sistematizada, enfermeiros e técnicos em enfermagem apontam sua falta e reiteram que a falta do mesmo impacta fortemente no crescimento profissional da equipe como um todo, interferindo na qualidade do cuidado prestado.

A remuneração financeira insuficiente foi outro aspecto reconhecido por ambos os grupos, reiterando-se que o salário dos enfermeiros é incompatível com suas atribuições e responsabilidades.

Por último observamos na dimensão D4 que tratou dos fatores de liderança em unidades críticas, que, a liderança não foi reconhecida pelos técnicos em enfermagem como uma característica nata dos enfermeiros de unidades críticas.

Ao contrário, estes inclinaram-se a concordar que a liderança do enfermeiro intensivista e emergencista trata-se de um processo de construção ao longo da carreira como enfermeiro de UTI e PS, com habilidades como a tomada de decisão, autonomia e resiliência;

Mesmo com as dificuldades setoriais e institucionais, identificadas por ambos os grupos, os enfermeiros possuem o reconhecimento, por sua equipe de técnicos em enfermagem, quanto ao exercício de uma liderança eficaz.

Encerramos este relatório reiterando que a pesquisa evidenciou que a escala construída tem solidez de conteúdo e estatística para a identificação das assertividades e desafios no desenvolvimento da liderança dos enfermeiros junto à sua equipe nas unidades de UTI e PS, à luz da percepção dos dois grupos profissionais – enfermeiros e técnicos em enfermagem.

Desta forma, a mesma pode ser replicada em tais ambientes como potente ferramenta para a qualificação da liderança na assistência a pacientes críticos.

Por último recomendamos que à luz dos aspectos institucionais relatados pelos enfermeiros e técnicos em enfermagem das unidades pesquisadas, que a escala ALETE, seja reaplicada após as correções aqui apontadas.

Atenciosamente,

Michele Navarro Flores

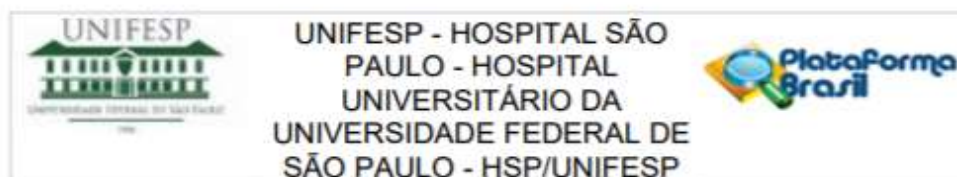
Mestre em Ensino em Ciências da Saúde – CEDESS/UNIFESP

Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

Pós Doutora em Ensino de Ciências da Saúde – CEDESS/UNIFESP

ANEXO A – Documento de Aprovação do CEP

Plataforma Brasil, Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa, Aceite do Comitê de Ética do Hospital



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PERFIL DE LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E PRONTO ATENDIMENTO EM UM HOSPITAL PRIVADO NA CIDADE DE SÃO PAULO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

Pesquisador: Beatriz Jansen Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30571020.0.0000.5505

Instituição Proponente: Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.055.932

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n:0369/2020 (parecer final)

Trata-se de Projeto de MESTRADO de MICHELE NAVARRO FLORES. Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira; Projeto vinculado ao Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Campus São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1533788.pdf, gerado em 3/4/2020)

APRESENTAÇÃO: Liderança é a habilidade de conduzir um grupo de pessoas, transformando-os em uma equipe e produzindo resultados. O líder tem como responsabilidade alcançar os objetivos da equipe e da corporação de trabalho, desenvolvendo inúmeras habilidades e competências, principalmente em seus liderados, indo de encontro as expectativas em todas as esferas de atuação. No contexto hospitalar, temos os enfermeiros desempenhando importante papel como responsáveis pela oferta e gestão do cuidado. Os estilos de liderança adotado pelos enfermeiros

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.055.932

podem ser os principais motivos para o sucesso ou insucesso da execução de tarefas de seus liderados. Desta forma este trabalho tem como objetivo construir uma escala do tipo Likert para identificar as assertividades, fragilidades e potenciais de liderança dos enfermeiros intensivistas e emergencistas de um hospital privado da cidade de São paulo, focado nos desafios e perspectivas para promoção de educação em liderança na saúde utilizando como base o recurso do arco de Magueréz. A pesquisa utilizará uma metodologia qualitativa e quantitativa de caráter exploratório e descritivo. O instrumento será constituído por uma escala do tipo Likert, o qual passará previamente por validação da totalidade de seu conteúdo e análise de perfil estatístico. A população deste estudo será composta por gerente, supervisores de enfermagem, líderes de enfermagem, enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Pronto Atendimento (PA) de Unidade Hospitalar lotado na cidade de São Paulo. Como critério de inclusão, será aplicada a Escala do tipo Likert aos enfermeiros atuantes nos setores de UTI e PA, que concordem e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, possuam mais que 3 meses de trabalho na instituição, que não estejam em cumprimento de aviso prévio ou afastamento médico, enfermeiros em processo de trainee ou júnior serão incluídos no estudo no grupo de Enfermeiros. Com este estudo espera-se evidenciar o perfil de liderança dos profissionais e desta maneira desenvolver um relatório referente ao panorama comportamental dos enfermeiros dos setores de UTI e PA, como subsidio para a elaboração de oficinas de educação em liderança na saúde baseado na teoria do Arco de Magueréz, visando a colaboração do grupo no crescimento e contribuição para ações institucionais.

-HIPÓTESE: Avaliar se o perfil de liderança do enfermeiro o impulsiona na tomada de decisões nos cenários de UTI e PA.

Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Construir uma escala atitudinal do tipo Likert para a identificação dos perfis dos enfermeiros quanto a gestão de pessoas e protocolos no âmbito de cuidados intensivos e urgência/emergência em um hospital privado da cidade de São Paulo.

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: Elaborar conteúdos para um Programa de Educação Permanente - EPS gerador de competências e habilidades no âmbito da gestão especificamente na liderança e tomada de decisão. Desenvolver metodologia problematizadora a partir do uso do Arco de Magueréz para grupos de estudos a serem implantados junto a equipe de enfermagem sobre temas relevantes do serviço.

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.055.932

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: Os riscos decorrentes da participação dos sujeitos durante a pesquisa poderão ser relacionados a constrangimento ao responder alguma pergunta. Desta maneira será resguardado os direitos de cada participante zelando pelo sigilo na identificação, a recusa de resposta as questões em qualquer momento da pesquisa e o direito da desistência de sua participação do processo.

-BENEFÍCIOS: Contribuição para educação em liderança em saúde especificamente para a categoria de Enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo, exploratório, qualitativo-quantitativo com o intuito de inteirar-se, explicar e explanar as competências de liderança dos enfermeiros, percebidos por eles mesmos, pela gerência, supervisão, líderes e técnicos de enfermagem, das unidades de terapia intensiva e pronto atendimento em um hospital privado de grande porte da cidade de São Paulo.

LOCAL: A pesquisa será realizada no Hospital e Maternidade São Luiz (Rede D'or– Unidade Itaim Bibi) nas unidades de Terapia Intensiva e Pronto atendimento.

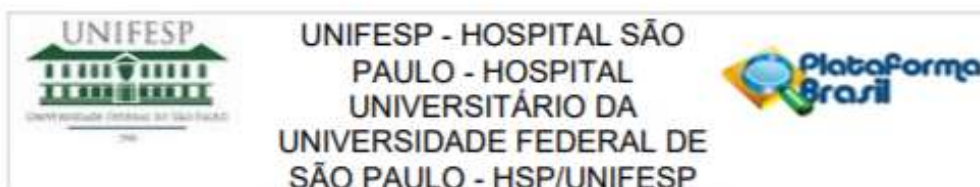
PARTICIPANTES: participarão 60 profissionais de saúde: técnicos de enfermagem (n=30); enfermeiros (n=25) e gerente de enfermagem, supervisoras e líderes (n=5).

- Critério de Inclusão: serão aplicados os questionários aos enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes nos setores de UTI e PA, que possuam mais que 3 meses de trabalho na instituição, que não estejam em cumprimento de aviso prévio ou afastamento médico, enfermeiros em processo de trainee ou júnior serão incluídos no estudo e aqueles que concordem em responder ao questionário.

PROCEDIMENTOS:

-Mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital pesquisado, o pesquisador convidará os enfermeiros do Pronto Atendimento e Unidade de Terapia Intensiva a participarem da pesquisa por meio de aplicação de questionário tipo Likert semiestruturada, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Será utilizado um instrumento baseado em uma Escala de Likert com questões relacionadas ao perfil de liderança indo ao encontro com os objetivos desenhados nesta pesquisa.

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.055.932

Essa Escala é composta por quatro dimensões: Dimensão 1 : Identificação do perfil de gestão desenhado pela Instituição; Dimensão 2: Conhecimento sobre gestão e liderança por parte da equipe de enfermagem; Dimensão 3: Percepção da gestão/coordenação de enfermagem sobre a liderança das UTI's e PA ; Dimensão 4: Desafios e Perspectivas da gestão no âmbito de liderança da equipe de enfermagem em ambientes críticos

(mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados.
- 2- TCLE a ser aplicado aos participantes.
- 3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:
 - a)- carta de anuência do Hospital e Maternidade São Luiz unidade Itaim - Rede D'or (cartadeanuenciaSandraCristine.pdf e cartadeanuenciadrjosejair.pdf, postados em 2/4/2020)
- 4- O questionário que será aplicado está anexado no final do projeto detalhado.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 4014471 de 07 de Maio de 2020. PROJETO APROVADO.

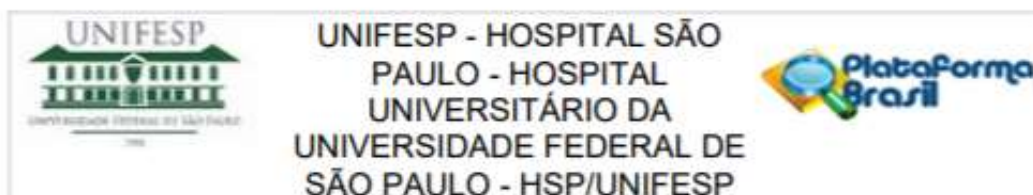
PENDÊNCIA 1- No formulário de informações básicas da Plataforma Brasil, campo "Outras informações, justificativas ou considerações a critério do pesquisador", foi informado que Hospital e Maternidade São Luiz unidade Itaim - Rede D'or será um "Centro Coparticipante" (responsável: José Jair James de Arruda Pinto). Entretanto, esse Hospital não foi inserido na Plataforma Brasil como centro coparticipante. Se o objetivo é que realmente esse hospital seja uma instituição coparticipante será necessário inseri-la no formulário. Solicitamos esclarecer e se for o caso, adequar.

REPOSTA: CONFERIDO E INSERIDO NA PLATAFORMA REDE D'OR SÃO LUIZ S.A. COMO INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.

PENDÊNCIA 2- Em relação ao TCLE:

2.a)- deve ser informado o título do projeto;

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.055.932

Avaliação do Perfil de Liderança dos Enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Atendimento em um Hospital Privado na Cidade de São Paulo: Desafios e Perspectivas para Promoção da Educação em Saúde.

2.b)- adequar a 1ª frase, pois ela está confusa, devido a erro de digitação (faltam palavras):

REPOSTA: ESTAMOS CONVIDANDO VOCÊ PARA PARTICIPAR DESTA PESQUISA QUE TEM COMO OBJETIVO INVESTIGAR O AUTOCONHECIMENTO EM RELAÇÃO A LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS DO PRONTO ATENDIMENTO E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PRIVADO DA CIDADE DE SÃO PAULO. SOU ENFERMEIRA E ESTOU DESENVOLVENDO ESTA PESQUISA NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU, NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL, NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP.

2.c)- ao disponibilizar os dados do pesquisador para possíveis contatos, inserir também, os dados de Dra. Beatriz Jansen Ferreira já que é a pesquisadora responsável pelo projeto.

REPOSTA: O PRINCIPAL INVESTIGADOR É BEATRIZ JANSEN FERREIRA QUE PODE SER ENCONTRADA NO ENDEREÇO MACEDO SOARES, 532 - BARÃO GERALDO – CAMPINAS/ SP. TELEFONE (19) 99140-1418. E-MAIL: BEATRIZJANSENERFERREIRA@GMAIL.COM

Considerações Finais a critério do CEP:

1 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação toda proposta de modificação ao projeto original deverá ser encaminhada por meio de emenda pela Plataforma Brasil.

2 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1533788.pdf	09/05/2020 17:38:11		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	09/05/2020	Beatriz Jansen	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1082 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.055.932

Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	17:34:10	Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	09/05/2020 17:29:44	Beatriz Jansen Ferreira	Aceito
Outros	folhacepmichele.pdf	03/04/2020 17:06:52	Beatriz Jansen Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoplatafomaMichele.pdf	03/04/2020 17:04:44	Beatriz Jansen Ferreira	Aceito
Outros	cartadeanuenciaSandraCristine.pdf	02/04/2020 10:25:42	Beatriz Jansen Ferreira	Aceito
Declaração de concordância	cartadeanuenciadrjosejair.pdf	02/04/2020 10:25:08	Beatriz Jansen Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	31/03/2020 19:59:36	Beatriz Jansen Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 28 de Maio de 2020

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br

ANEXO B – Diretriz Curricular Nacional para o curso de Bacharel em Enfermagem

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (*) CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001, RESOLVE: Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País. Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior. Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional: I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem. Art. 4º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual

quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que (*) CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

2 a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - Educação permanente : os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os

futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais. Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: I – atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas; II – incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional; III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões; IV – desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional; V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações; VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso; VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança; IX – reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde; X – atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos; 3 XI – responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades; XII – reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem; XIII – assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde. XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social; XV – usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem; XVI – atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico; XVII – identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e

determinantes; XIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência; XIX – coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde; XX – prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade; XXI – compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários; XXII – integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais; XXIII – gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional; XXIV – planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde; XXV – planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento; XXVI – desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional; XXVII – respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão; XXVIII – interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo; XXIX – utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde; XXX – participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde; XXXI – assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde; XXXII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; e XXXIII - reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde. Parágrafo Único. A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. 4 Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar: I - Ciências Biológicas e da

Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem; II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença; III - Ciências da Enfermagem - neste tópico de estudo, incluem-se: a) Fundamentos de Enfermagem: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo; b) Assistência de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem; c) Administração de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e d) Ensino de Enfermagem: os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem. § 1º Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região. § 2º Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Art. 7º Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem. Parágrafo Único. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros

do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. 5 Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins. Art. 9º O Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural. § 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso. § 2º O Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região. Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular. Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente. Art. 13. A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação. Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em

Enfermagem deverá assegurar: I - a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença; II - as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar; III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade; IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo; V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender; 6 VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro; VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais; VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; e IX - a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem. Art. 15. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento. § 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares. § 2º O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence. Art. 16. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. Arthur Roquete de Macedo Presidente da Câmara de Educação Superior.

**ANEXO C – Relatório Validação Estatística - Avaliação Perfil Liderança Enfermeiros
- Comparativo Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem**

Validação Estatística e Análise Quantitativa – Construção e Aplicação Escala Likert Liderança dos Enfermeiros Unidades Críticas – Comparativo Enfermeiros e Técnicos Enfermagem

**Validação estatística sobre os resultados aplicado na
dissertação de mestrado profissional intitulada
“Construção e Aplicação da Escala Likert para
Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades
Críticas: Desafios e Perspectivas”**

Comparativo: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

OUTUBRO DE 2021

Márcia Ângela da Silva Franco

Sumário

1.	ÍNDICE DE GRÁFICOS, TABELAS E QUADROS.....	3
2.	INTRODUÇÃO.....	6
3.	DESENVOLVIMENTO.....	7
3.1.	ANÁLISE DE VARIÂNCIA (ANOVA).....	8
3.2.	VALIDAÇÃO ESTATÍSTICA DO INSTRUMENTO ATITUDINAL.....	11
3.2.1.	ANÁLISE DA VALIDAÇÃO DAS ASSERÇÕES.....	11
3.2.2.	ANÁLISE DE CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO DE PERCEPÇÃO.....	14
4.	APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	16
5.	CONCLUSÃO.....	28
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

1. ÍNDICE DE GRÁFICOS, TABELAS E QUADROS

Tabela I - Perfil da População dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem e respectiva Amostra da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.....	7
Tabela II - Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por faixa etária, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.....	9
Tabela III - Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por sexo, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020	9
Tabela IV - Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por formação, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020	10
Tabela V - Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por tempo de experiência na função, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020	10
Tabela VI - Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por tempo de trabalho nesta instituição, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020	11
Tabela VII: Valores da medida de correlação e respectiva interpretação	12
Tabela VIII: Resultado da análise das asserções após a segunda administração, das avaliações dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo - SP, 2020.....	13

Tabela IX: Resultado da dispersão das asserções validadas pelos Enfermeiros e pelos Técnicos de Enfermagem, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo - SP, 2020.....	14
Tabela X: Resultado da confiabilidade pela fórmula de Spearman-Brown e pela fórmula de Alfa de Cronbach das asserções validadas pelos Enfermeiros e pelos Técnicos de Enfermagem, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo - SP, 2020	16
Gráfico I: Média das asserções não validadas dos Enfermeiros e dos Técnicos de Enfermagem, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo - SP, 2020.....	17
Gráfico II: Média das asserções validadas dos Enfermeiros e dos Técnicos de Enfermagem, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo - SP, 2020	18
Gráfico III: Perfil Geral Atitudinal por Dimensão, dos Enfermeiros e dos Técnicos de Enfermagem da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo - SP, 2020	19
Quadro I: Perfil Atitudinal da Dimensão D1: Fatores que Estimulam a Liderança, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Validadas, dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo - SP, 2020.....	20
Quadro II: Perfil Atitudinal da Dimensão D1: Fatores que Estimulam a Liderança, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Não Validadas, dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo - SP, 2020.....	21
Quadro III: Perfil Atitudinal da Dimensão D2: Fatores que Dificultam a Liderança, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Validadas, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo - SP, 2020.....	22

Quadro IV: Perfil Atitudinal da Dimensão D2: Fatores que Dificultam a Liderança, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Não Validadas, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo - SP, 2020..... 24

Quadro V: Perfil Atitudinal da Dimensão D3: Fatores de Estrutura Institucional, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Validadas, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo - SP, 2020..... 25

Quadro VI: Perfil Atitudinal da Dimensão D3: Fatores de Estrutura Institucional, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Não Validadas, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo - SP, 2020..... 26

Quadro VII: Perfil Atitudinal da Dimensão D4: Fatores de Liderança em Unidades Críticas, avaliados pelos Engenheiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Validadas, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo - SP, 2020..... 27

Quadro VIII: Perfil Atitudinal da Dimensão D4: Fatores de Liderança em Unidades Críticas, avaliados pelos Engenheiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Não Validadas, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo - SP, 2020..... 28

2. INTRODUÇÃO

O principal objetivo deste trabalho foi validar estatisticamente os resultados obtidos na aplicação do instrumento de percepção atitudinal de Likert com os Enfermeiros e os Técnicos de Enfermagem, junto à dissertação intitulada **“Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”**.

Foram distribuídos 51 instrumentos entre os Enfermeiros e 56 instrumentos entre os Técnicos de Enfermagem que atuam no Pronto Socorro Adulto e Unidades de Terapia Intensiva de um hospital privado da cidade de São Paulo.

O instrumento foi elaborado com 37 asserções, randomizadas por quatro dimensões: Fatores que Estimulam a Liderança – D1, Fatores que Dificultam a Liderança – D2, Fatores de Estrutura Institucional – D3 e Fatores de Liderança em Unidades Críticas – D4.

Foram validadas 28 das 37 asserções para o grupo de Enfermeiros e 33 das 37 asserções para os Técnicos de Enfermagem.

O percurso metodológico de validação de conteúdo e estatística ocorreu da seguinte forma:

- Processo de validação de conteúdo do instrumento
 - Validação de Conteúdo considerando:
 - Equivalência semântica (significado das palavras),
 - Equivalência cultural (termos e situações cotidianas diferentes entre as culturas)
 - Equivalência conceitual (palavras que possuem significados culturais diferentes)
 - Atribuição de pontos de 1 a 4 pontos em duas escalas sendo 1/2/3/4 e 4/3/2/1
 - Randomização
 - Pré-Teste com acolhimento das contribuições para posterior aplicação
- Após a aplicação
 - Validação Estatística
- Resultados da Pesquisa:
 - Valores médios por asserção validada;
 - Valores médios por asserção não validada.
- Os recursos estatísticos utilizados foram:
 - Teste de Correlação Linear (r);
 - Teste de Confiabilidade (Spearman-Brown) (R);
 - Teste de Confiabilidade (Alfa de Cronbach) (R);
 - Análise de Variância (ANOVA);

- Gráficos de Colunas e Barras.

3. DESENVOLVIMENTO

A Tabela I apresenta o perfil da população e sua respectiva amostra de análise:

Tabela I: Perfil da População dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem e respectiva Amostra da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

Setor de Atuação	Total de Profissionais		Respondentes			
	Enfermeiros	Técnicos Enfermagem	Enfermeiros		Técnicos Enfermagem	
			Total	%	Total	%
PA - Adulto	12	50	7	58%	7	14%
PA - Obstétrico	6	12	4	67%	4	33%
UTI - Adulto	44	120	27	61%	19	16%
UTI - Neonatal	40	143	13	33%	26	18%
Total	102	325	51	50%	56	17%

Observa-se que do total da População de Enfermeiros (102), 51 responderam a Pesquisa, representando 50% da população, já para o total de Técnicos de Enfermagem (325), 56 responderam a Pesquisa, representando 17% população, demonstrando o empenho em querer colaborar com essa Pesquisa em momento atribulado da humanidade com a Pandemia do Coronavírus Covid-19.

Foram considerados os seguintes eixos para análise da população: Faixa Etária, Sexo, Formação, Tempo de Experiência na Função, Tempo de Trabalho nesta Instituição e Setor.

O eixo Faixa Etária com a constituição de sete intervalos sendo: de 20 a 24 anos, de 25 a 29 anos, de 30 a 34 anos, de 35 a 39 anos, de 40 a 44 anos, 45 a 49 anos e o último acima de 50 anos.

O eixo Sexo foi agrupado em Feminino e Masculino.

O eixo Formação teve a seguinte composição: Doutorado, Mais de Uma Pós Graduação, Não Possui Pós Graduação, Uma Pós Graduação na área de UTI ou PA, Graduação, Graduação em Andamento e Técnico.

O eixo Tempo de Experiência na Função ficou com cinco faixas: 1 a 3 anos, 4 a 9 anos, 10 a 15 anos, 16 a 20 anos e acima de 20 anos.

O eixo Tempo de Trabalho nesta Instituição ficou também com cinco faixas: menos 1 ano, 1 a 3 anos, 4 a 9 anos, 10 a 15 anos e acima de 15 anos.

O eixo Setor foi dividido em quatro áreas: Pronto Atendimento Adulto (PA – Adulto), Pronto Atendimento Obstétrico (PA - Obstétrico), Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI – Adulto) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI – Neonatal).

3.1. ANÁLISE DE VARIÂNCIA (ANOVA)

Para analisarmos se existe diferença entre as médias encontradas em cada um dos eixos de análise foi utilizado a Estatística de Análise de Variância (ANOVA).

A análise visa, fundamentalmente, verificar se existe uma diferença significativa entre as médias e se os fatores exercem influência em alguma variável dependente. Essa técnica permite que vários grupos sejam comparados a um só tempo.

A ANOVA usa testes F para testar estatisticamente a igualdade entre médias. Os testes-F recebem seu nome em homenagem a Sir Ronald Fisher. A estatística F é simplesmente uma razão de duas variâncias. As variâncias são uma medida de dispersão, ou até que ponto os dados estão dispersos em relação à sua média. Valores maiores representam maior dispersão. Se o valor de F calculado for menor que F crítico, aceita a hipótese H₀: Igualdade entre as médias das Dimensões e se o valor de F calculado for maior que F crítico, rejeita a hipótese H₀.

Os eixos de análises para os Enfermeiros não demonstraram estatisticamente interferência nos dados obtidos.

O mesmo não ocorrendo para os Técnicos de Enfermagem onde o eixo Formação pra o item “Graduação” indicou uma avaliação mais crítica em relação aos itens levantados no estudo. Para o eixo Tempo de Trabalho nesta Instituição, os Técnicos de Enfermagem com mais de 15 anos apresentaram uma avaliação mais positiva em relação aos itens levantados no estudo.

Em seguida, as tabelas abaixo exploram e dão uma visão ampliada da amostra analisada para cada eixo:

Tabela II: Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por faixa etária, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

Faixa Etária	% - Respondentes	
	Enfermeiros	Técnicos Enfermagem
20 a 24 anos	0,0%	14,3%
25 a 29 anos	11,8%	8,9%
30 a 34 anos	25,5%	14,3%
35 a 39 anos	25,5%	25,0%
40 a 44 anos	23,5%	23,2%
45 a 49 anos	13,7%	10,7%
acima 50 anos	0,0%	3,6%

Nota-se a maior concentração de Enfermeiros com idade entre 30 a 39 anos (51%) e de Técnicos de Enfermagem entre 35 e 44 anos (48,2%).

Tabela III: Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por sexo, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

Sexo	% - Respondentes	
	Enfermeiros	Técnicos Enfermagem
Feminino	76,5%	80,4%
Masculino	23,5%	19,6%

A grande maioria desses profissionais é do sexo feminino.

Tabela IV: Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por formação, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

Formação	% - Respondentes	
	Enfermeiros	Técnicos Enfermagem
Doutorado	1,9%	0,0%
Mais de uma pós graduação	47,1%	0,0%
Não possui pós graduação	3,9%	0,0%
Uma pós graduação na área de UTI ou PA	47,1%	12,5%
Graduação	0,0%	5,3%
Graduação em Andamento	0,0%	16,1%
Técnico	0,0%	66,1%

Destaques para os Enfermeiros com Pós Graduação (94,2%).

Apesar da maioria da Equipe ter a formação em Técnico (66%), nota-se o esforço dos Técnicos de Enfermagem em buscarem uma Graduação (21,4%) ou mesmo uma Pós Graduação (12,5%).

Tabela V: Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por tempo de experiência na função, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

Tempo de Experiência na Função	% - Respondentes	
	Enfermeiros	Técnicos Enfermagem
1 a 3 anos	11,8%	16,1%
4 a 9 anos	33,3%	26,8%
10 a 15 anos	31,4%	30,3%
16 a 20 anos	17,6%	17,9%
acima 20 anos	5,9%	8,9%

Para ambos profissionais, a maioria se encontra entre 4 a 15 anos de experiência na função.

Tabela VI: Perfil da População Amostral dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem quanto à distribuição por tempo de trabalho nesta instituição, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

Tempo de Trabalho nesta Instituição	% - Respondentes	
	Enfermeiros	Técnicos Enfermagem
menos 1 ano	7,8%	3,6%
1 a 3 anos	31,4%	41,1%
4 a 9 anos	29,4%	37,5%
10 a 15 anos	17,7%	12,5%
acima 15 anos	13,7%	5,3%

Para ambos profissionais, a maioria se encontra entre 1 a 9 anos nesta instituição.

3.2. VALIDAÇÃO ESTATÍSTICA DO INSTRUMENTO ATITUDINAL

A validação do instrumento atitudinal foi baseada em BRUNO (1999), FERREIRA (2004; 2012; 2013; 2019) e consta da validação das asserções e da confiabilidade do instrumento.

3.2.1. ANÁLISE DA VALIDAÇÃO DAS ASSERÇÕES

Esta análise visa assegurar que houve dispersão mínima de respostas entre os respondentes em relação à escala atitudinal proposta, que existe consistência entre pontuação baixa na asserção e pontuação total baixa no instrumento e vice-versa, além disso, esta análise também utiliza o recurso estatístico do cálculo do coeficiente de correlação linear (r), uma vez que, como se pode observar na fórmula abaixo, (x) refere-se à resposta do respondente na asserção em análise, (y) refere-se à pontuação total do respondente no instrumento e N é o número de respondentes (total da amostra).

$$r = \frac{\sum xy - \frac{(\sum x)(\sum y)}{N}}{\sqrt{\left[\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{N}\right] \left[\sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{N}\right]}}$$

O valor de (r) é calculado para todas as asserções na simulação da primeira administração, visando à sua depuração com a eliminação das asserções com correlação linear inferior a 0,30. Na sequência, o valor de (r) é calculado novamente no que se denomina segunda administração, levando-se em consideração apenas as asserções validadas na primeira administração, envolvendo todos os instrumentos respondidos. Caso alguma asserção na segunda administração apresente correlação linear inferior a 0,20, essa deve ser eliminada do cômputo final de pontos por respondente. Associa-se à escala atitudinal de concordância plena e discordância plena, com termos intermediários, inclinado a concordar ou inclinado a discordar, uma escala numérica de intervalo constante que, neste caso, será de 4, 3, 2, 1, ou 1, 2, 3, 4, dependendo do fato de a asserção ser favorável ou desfavorável, visando possibilitar a aplicação de estatística paramétrica, cálculo das médias e coeficientes de correlação linear (r) .

É interessante destacar a escala de correlação na Tabela VII abaixo:

Tabela VII: Valores da medida de correlação e respectiva interpretação

r	correlação
0,10	desprezível
0,20	
0,30	baixo
0,40	
0,50	moderado
0,60	
0,70	
0,80	alto
0,90	
1,00	perfeito

Fonte: Understanding and Using Statistics Basic Concepts
Marty J. Schmidt (1975), pág. 144.

A Tabela VIII abaixo mostra os resultados da análise das asserções validadas após a segunda administração do instrumento.

Tabela VIII: Resultado da análise das asserções após a segunda administração, das avaliações dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

Validação Instrumento	Nº Asserções Perdidas	% - Perdas
Enfermeiros	9	24%
Técnico Enfermagem	4	11%

Esta metodologia prevê como aceitável para critério de validação uma perda (não validação) de 30% a 40% das asserções. No caso seria de 11 a 15 asserções.

Nesta pesquisa tivemos uma perda de nove asserções: asserção nº 09, 16, 18, 19, 27, 30, 33, 35 e 37 no instrumento avaliado pelos Enfermeiros, representando 24% de perdas, sendo validadas 28 asserções.

Asserção nº 09: “Um dos maiores desafios para você enfermeiro emergencista/intensivista é ser mediador das ações cotidianas geradas pela sua equipe”.

Asserção nº 16: “O modelo de passagem de plantão executado por você enfermeiro de UTI/PA NÃO tem contribuído para uma comunicação eficaz junto a sua equipe”.

Asserção nº 18: “Você enfermeiro intensivista/emergencista possui características natas de liderança para manejo de pacientes críticos”.

Asserção nº 19: “Você enfermeiro de UTI e PA NÃO é respeitado pelos seus superiores por sua competência técnica e liderança”.

Asserção nº 27: “A avaliação da equipe de enfermagem é executada por você enfermeiro de unidade crítica, porém a mesma não ocorre periodicamente”.

Asserção nº 30: “Você enfermeiro emergencista/intensivista NÃO estimula o sentimento de pertencimento de sua equipe em relação a instituição”.

Asserção nº 33: “Você enfermeiro busca o senso de empatia no contexto das UTIs e PAs e estimula o mesmo em sua equipe”.

Asserção nº 35: “A instituição incentiva você enfermeiro de UTI e PA para produção científica e publicação em periódicos”.

Asserção nº 37: “Você enfermeiro intensivista/emergencista realiza a avaliação de desempenho da equipe de enfermagem com imparcialidade, considerando exclusivamente o desempenho técnico, sua relação com colegas, pacientes e familiares”.

Em relação à avaliação dos Técnicos de Enfermagem tivemos apenas quatro perdas: asserções nº 09, 19, 27 e 36, representando 11% de perda, com 33 asserções validadas.

Asserção nº 09: “Um dos maiores desafios dos enfermeiros emergencistas/intensivistas é ser mediador das ações cotidianas geradas pela sua equipe”.

Asserção nº 19: “O enfermeiro de UTI e PA NÃO é respeitado pelos seus superiores por sua competência técnica e liderança”.

Asserção nº 27: “A avaliação da equipe de enfermagem é executada pelo enfermeiro de unidade crítica, porém a mesma não ocorre periodicamente”.

Asserção nº 36: “O enfermeiro de unidades críticas apresenta postura de liderança diferente entre seus pares, o que gera dificuldades de trabalho com a equipe”.

3.2.2. ANÁLISE DE CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO DE PERCEPÇÃO

As escalas de percepção têm uma dispersão mais adequada em estudos efetuados com um número de respondentes acima de 50; assim podemos inferir que tanto a amostra de 51 dos enfermeiros, quanto de 56 dos técnicos em enfermagem respondentes constituiu uma amostragem adequada para a análise estatística realizada. Pode-se verificar essa teoria por meio do cálculo efetuado, conforme a Tabela V:

Tabela IX: Resultado da dispersão das asserções validadas pelos Enfermeiros e pelos Técnicos de Enfermagem da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

Validação Instrumento	Nº Asserções Validadas	Dispersão
Enfermeiros	28	0,78
Técnico Enfermagem	33	0,86

A dispersão foi calculada a partir das correlações existentes entre as asserções pares e ímpares, mostrando maior homogeneidade dos dados.

A forma mais direta para se verificar a confiabilidade de um instrumento é aplicá-lo a um grupo de pessoas, esperar um período de tempo e então reaplicá-lo ao mesmo grupo.

O coeficiente de correlação envolvendo o total de pontos por respondente entre a primeira e a segunda aplicação é conhecida como coeficiente de confiabilidade e o procedimento utilizado chama-se método do teste-reteste (SCHIMIDT, 1975).

Neste trabalho, foi utilizado o método de split-half (divisão ao meio), conforme descrito por RITZ (2000), que implica aplicar o instrumento ao grupo uma só vez e computar, para cada respondente, a soma dos pontos das asserções ímpares e, separadamente, a soma dos pontos das asserções pares, simulando, portanto, duas aplicações do instrumento, procedendo-se, a seguir, ao cálculo do coeficiente de correlação linear entre os valores mencionados, envolvendo todas as pessoas do grupo pesquisado. Na sequência, calcula-se o coeficiente de confiabilidade do instrumento por meio da fórmula de Spearman-Brown (SCHIMIDT, 1975), objetivando-se conhecer qual a porcentagem do tempo que o mesmo grupo responderia da mesma forma ao instrumento, sendo o critério de aceitação um mínimo de 80%, equivalendo a R igual ou maior que 0,8.

O coeficiente de confiabilidade final (R) foi calculado pela fórmula de Spearman-Brown, como segue:

$$R = \frac{2r_{XY}}{1 + r_{XY}}$$

Outra técnica baseada nas covariâncias entre os itens prediz o entendimento total ou parcial dos respondentes aos itens do instrumento, porque pode acontecer que, diante de uma afirmação, os sujeitos tenham diversas opiniões, ou ainda ocorrer que os itens tenham alta variabilidade nas respostas. Não porque estejam confusas, ou mesmo gerem diversas interpretações, mas porque os participantes têm várias opiniões para cada uma delas. Esse problema é chamado de consistência interna e um dos principais testes que medem esse parâmetro é o Alfa de Cronbach (ANASTASI, 1977). O coeficiente α de Cronbach mede o grau de covariância de uma série de itens e varia de 0 a 1 e, quanto mais elevada a contagem, maior a confiabilidade da escala. Um valor de pelo menos 0,7 reflete uma fidedignidade aceitável, conforme Nunnaly (1978), embora alguns valores inferiores sejam aceitos na literatura (SANTOS, 1999), que considera as correlações dos inter-itens superiores a 0,6.

Dado que todos os itens de um questionário utilizam a mesma escala de medição, o coeficiente de Alfa de Cronbach é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador através da seguinte equação:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_{soma}^2} \right)$$

k é o número de itens do questionário

n é o número de respondentes

s_i^2 é a variância dos n escores das pessoas a i -ésimo item ($i = 1, \dots, k$)

s_{soma}^2 é a variância dos totais T_j ($j = 1, 2, \dots, n$) de escores de cada respondente

As variâncias são calculadas pela fórmula:

$$s^2 = \frac{\sum(x - \bar{x})^2}{n}$$

Por meio da Tabela X verificamos que o coeficiente de confiabilidade das asserções validadas foi acima do que as metodologias pregam, evidenciando que o instrumento de pesquisa foi concebido adequadamente conferindo ao mesmo, densidade estatística.

Tabela X: Resultado da confiabilidade pela fórmula de Spearman-Brown e pela fórmula de Alfa de Cronbach das asserções validadas pelos Enfermeiros e pelos Técnicos de Enfermagem da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

Validação Instrumento	Nº Asserções Validadas	Confiabilidade	
		Spearman-Brown	Alfa de Cronbach
Enfermeiros	28	0,88	0,88
Técnico Enfermagem	33	0,93	0,92

4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A análise desta escala Likert está baseada em três intervalos de pontuação: de 1,00 a 1,99 pontos a percepção é negativa e mudanças de curto prazo devem ser tomadas; de 2,00 a 2,99 pontos, a percepção revela aspectos a serem melhorados exigindo medidas em médio prazo e de 3,00 a 4,00 pontos a percepção é positiva e pode ser potencializada.

O Gráfico I nos dá uma visão das asserções que não foram validadas pela estatística do coeficiente de correlação. Segundo RITZ (2000) as asserções não validadas podem ser usadas para confirmar ou justificar aquelas validadas.

Notam-se três asserções que não foram validadas tanto pelos Enfermeiros quanto pelos Técnicos de Enfermagem:

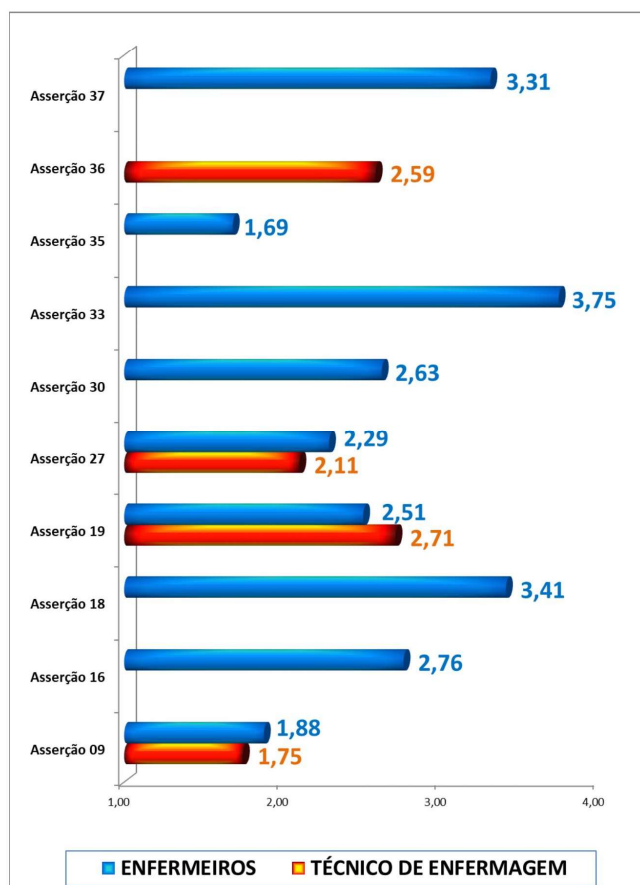
Asserção 09: “Um dos maiores desafios para você enfermeiro emergencista/intensivista é ser mediador das ações cotidianas geradas pela sua equipe” – versão Enfermeiros e “Um dos desafios do enfermeiro emergencista/intensivista é ser mediador das ações cotidianas geradas pela sua equipe” – versão Técnicos de Enfermagem.

Asserção 19: “Você enfermeiro de UTI e PA NÃO é respeitado pelos seus superiores por sua competência técnica e liderança” – versão Enfermeiros e “O enfermeiro de UTI e PA NÃO é

respeitado pelos seus superiores por sua competência técnica e liderança” – versão Técnicos de Enfermagem.

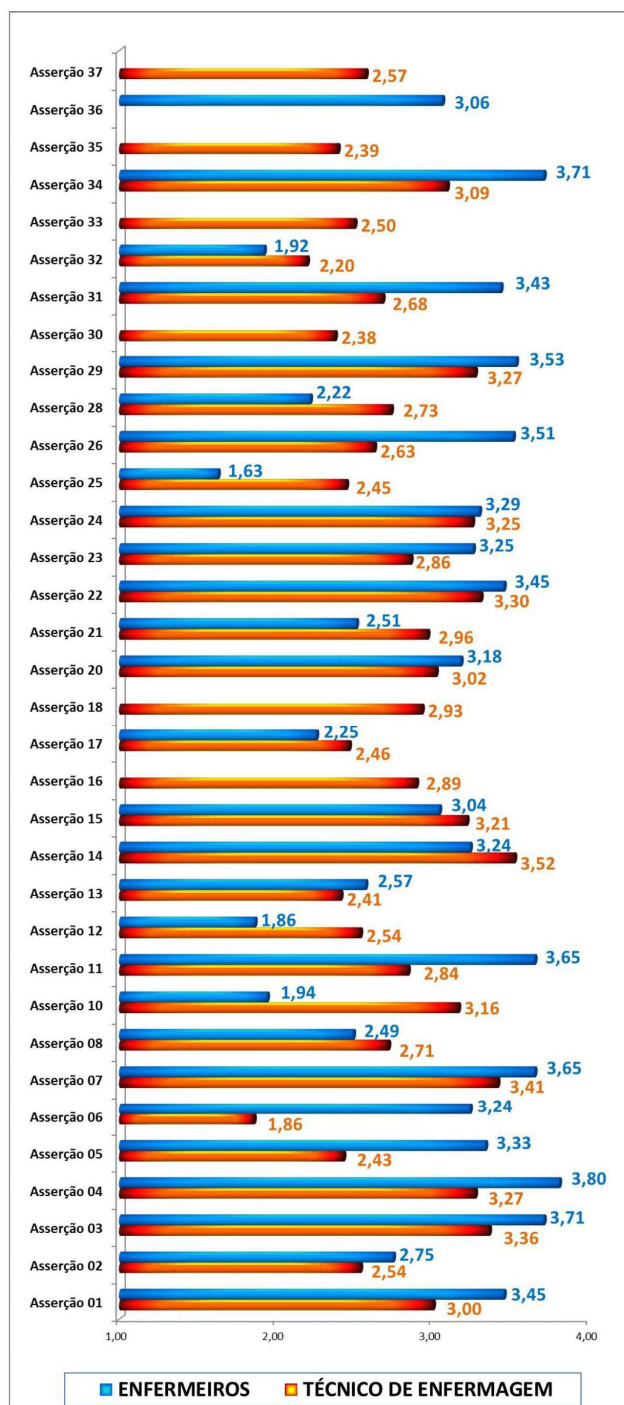
Asserção 27: “A avaliação da equipe de enfermagem é executada por você enfermeiro de unidade crítica, porém a mesma não ocorre periodicamente” – versão Enfermeiros e “ A avaliação da equipe de enfermagem é executada pelo enfermeiro de unidade crítica, porém a mesma não ocorre periodicamente” – versão Técnicos de Enfermagem.

Gráfico I: Médias das asserções não validadas dos Enfermeiros e dos Técnicos de Enfermagem, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.



A seguir, o Gráfico II nos dá uma visão das asserções que foram validadas pela estatística do coeficiente de correlação. A maioria das asserções foi validada tanto pelos Enfermeiros quanto pelos Técnicos de Enfermagem, exceção para a asserção 36 dos Enfermeiros e asserções 16, 18, 30, 33, 35 e 37 que foram únicas para os Técnicos de Enfermagem.

Gráfico II: Médias das asserções validadas, dos Enfermeiros e dos Técnicos de Enfermagem da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

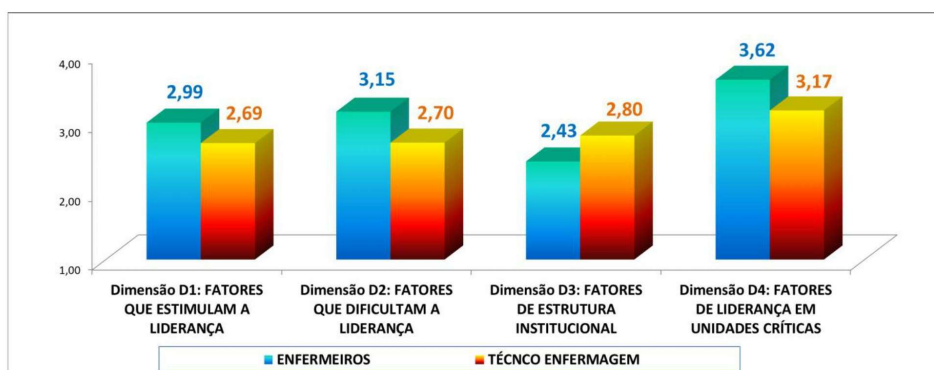


Por meio do Gráfico III podemos notar que as dimensões D2 e D4 referentes às avaliações dos Enfermeiros se encontram numa zona de conforto e as dimensões D1 e D3 se encontram numa zona de alerta.

Ao avaliar as informações dos Técnicos de Enfermagem, a única dimensão que se encontra numa zona de conforto é a D4 com média das respostas calculada em 3,17.

As outras três dimensões D1, D2 e D3 se encontram numa área de alerta e necessitam de atenção e ação em médio prazo.

Gráfico III: Perfil Geral Atitudinal por Dimensão, dos Enfermeiros e dos Técnicos de Enfermagem da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.



Passaremos a análise de cada dimensão separadamente com suas asserções.

Quadro I - Perfil Atitudinal da Dimensão - D1: Fatores que Estimulam a Liderança, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Validadas, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

DIMENSÃO D-1	ENF. 2,99	T.E 2,69	ENF.	T.E
ASSERÇÕES VALIDADAS				
A1 (4 CP)	3,45	3,00	A Equipe de enfermagem se espelha na motivação demonstrada por você enfermeiro de UTI ou PS. (IC)	A Equipe de enfermagem se espelha na motivação demonstrada pelo enfermeiro de UTI e PS. (IC)
A5 (4 CP)	3,33	2,43	Você enfermeiro de UTI e PS inspira sua equipe e gera nela expectativas de crescimento profissional. (IC)	O enfermeiro de UTI e PS inspira sua equipe e gera nela expectativas de crescimento profissional. (ID)
A8 (4 CP)	2,49	2,71	Você enfermeiro de unidade crítica recebe autonomia de sua supervisão no sentido de prover aos membros de sua equipe o que necessitam. (ID)	O enfermeiro de unidade crítica recebe autonomia de sua supervisão no sentido de prover aos membros de sua equipe o que necessitam. (ID)
A12 (4 CP)	1,86	2,54	Você enfermeiro intensivista/emergencista sente-se confortável no acesso a todos os níveis de gestão (diretores, gerentes, supervisores e líderes). (ID)	O enfermeiro intensivista/emergencista sente-se confortável no acesso a todos os níveis de gestão (diretores, gerentes, supervisores e líderes). (DP)
A15 (1 CP)	3,04	3,21	Você enfermeiro intensivista/emergencista NÃO se sente respeitado por seus subordinados por sua competência técnica e liderança. (ID)	O enfermeiro intensivista/emergencista NÃO se sente respeitado por seus subordinados por sua competência técnica e liderança. (ID)
A23 (1 CP)	3,25	2,86	Você enfermeiro intensivista e emergencista NÃO se sente respeitado pelos seus pares por sua competência técnica e liderança. (ID)	O enfermeiro intensivista e emergencista NÃO se sente respeitado pelos seus pares por sua competência técnica e liderança. (IC)
A26 (4 CP)	3,51	2,63	Você enfermeiro demonstra capacidade de escuta ativa junto a sua equipe na resolução de demandas da UTI / PS buscando o bem-estar de sua equipe. (IC)	O enfermeiro demonstra capacidade de escuta ativa junto a sua equipe na resolução de demandas da UTI / PS buscando o bem-estar de sua equipe. (ID)
A30 (1 CP)	-	2,38	-	O enfermeiro emergencista/intensivista NÃO estimula o sentimento de pertencimento de sua equipe em relação a instituição. (IC)
A33 (4 CP)	-	2,50	-	O enfermeiro busca o senso de empatia no contexto das UTIs e PSs e estimula o mesmo em sua equipe. (ID)

Legenda: Enf=Enfermeiros; T.E =Técnico de Enfermagem; IC=Inclinado a concordar; ID =Inclinado a discordar; CP=Concordo Plenamente; DP= Discordo Plenamente.

Quadro II - Perfil Atitudinal da Dimensão - D1: Fatores que Estimulam a Liderança, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Aserções Não Validadas, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

DIMENSÃO D-1	ENF.	T.E	ENF.	T.E
ASSERÇÕES NÃO VALIDADAS				
A19 (1 CP)	2,51	2,71	Você enfermeiro de UTI e PS NÃO é respeitado pelos seus superiores por sua competência técnica e liderança. (IC)	O enfermeiro de UTI e PS NÃO é respeitado pelos seus superiores por sua competência técnica e liderança. (IC)
A30 (1 CP)	2,63	-	Você enfermeiro emergencista/intensivista NÃO estimula o sentimento de pertencimento de sua equipe em relação a instituição. (IC)	-
A33 (4 CP)	3,75	-	Você enfermeiro busca o senso de empatia no contexto das UTIs e PSs e estimula o mesmo em sua equipe. (IC)	-

Legenda: Enf=Enfermeiros; T.E =Técnico de Enfermagem; IC=Inclinado a concordar; ID =Inclinado a discordar; CP=Concordo Plenamente; DP= Discordo Plenamente.

Quadro III - Perfil Atitudinal da Dimensão – D2: Fatores que Dificultam a Liderança, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Aserções Validadas, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

DIMENSÃO	ENF.	T.E	ENF.	T.E
D-2	3,15	2,70		
ASERÇÕES VALIDADAS				
A2 (1 CP)	2,75	2,54	Você enfermeiro intensivista/emergencista tem dificuldade em apontar aos profissionais situações inadequadas do trabalho exercido por sua equipe. (IC)	O enfermeiro intensivista/emergencista tem dificuldade em apontar aos profissionais situações inadequadas do trabalho exercido por sua equipe. (IC)
A6 (1 CP)	3,24	1,86	Você enfermeiro intensivista/emergencista sente-se incomodado em receber críticas de sua equipe. (ID)	O enfermeiro intensivista/emergencista sente-se incomodado em receber críticas de sua equipe. (CP)
A13 (1 CP)	2,57	2,41	De modo geral você enfermeiro UTI/ PS , não se sente respeitado na instituição como os outros profissionais com nível superior como os médicos, dentistas, entre outros. (IC)	De modo geral o enfermeiro de UTI e PA não se sente respeitado na instituição como os outros profissionais com nível superior como os médicos, dentistas, entre outros. (IC)
A16 (1 CP)	-	2,89	-	O modelo de passagem de plantão executado pelos enfermeiros de UTI/PA NÃO tem contribuído para uma comunicação eficaz junto a sua equipe. (IC)
A20 (4 CP)	3,18	3,02	Você enfermeiro de unidade crítica reitera de forma constante as atribuições de cada integrante da equipe considerando a Lei de Exercício Profissional e o Código de Ética (IC)	O enfermeiro de unidade crítica reitera de forma constante as atribuições de cada integrante da equipe considerando a Lei de Exercício Profissional e o Código de Ética profissional. (IC)
A24 (4 CP)	3,29	3,25	Os feedbacks negativos dados por você enfermeiro aos profissionais de enfermagem nos casos de pacientes graves, contribuem para o fortalecimento da responsabilidade da equipe nas UTIs/PSSs. (IC)	Os feedbacks negativos dados pelo enfermeiro aos profissionais de enfermagem nos casos de pacientes graves, contribuem para o fortalecimento da responsabilidade da equipe nas UTIs/PSSs. (IC)
A31 (4 CP)	3,43	2,68	Você enfermeiro de UTI e PS gera em sua equipe capacidade de tomada de decisão compartilhando ideias relacionados a gestão da unidade e cuidado aos pacientes críticos. (IC)	O enfermeiro de UTI e PS gera em sua equipe capacidade de tomada de decisão compartilhando ideias relacionados a gestão da unidade e cuidado aos pacientes críticos. (ID)

Validação Estatística e Análise Quantitativa – Construção e Aplicação Escala Likert Liderança dos Enfermeiros Unidades Críticas – Comparativo Enfermeiros e Técnicos Enfermagem

DIMENSÃO D-2	ENF. 3,15	T.E 2,70	ENF.	T.E
ASSERÇÕES VALIDADAS				
A34 (4 CP)	3,71	3,09	Você enfermeiro emergencista/intensivista sente-se capaz de realizar uma avaliação da situação do ambiente, relacionado com a comunicação entre os componentes da equipe, pacientes e familiares, buscando contribuir para um trabalho mais efetivo. (IC)	O enfermeiro emergencista/intensivista sente-se capaz de realizar uma avaliação da situação do ambiente, relacionado com a comunicação entre os componentes da equipe, pacientes e familiares, buscando contribuir para um trabalho mais efetivo. (IC)
A36 (1 CP)	3,06	-	Você enfermeiro de unidade crítica apresenta postura de liderança diferente dos demais enfermeiros , o que gera dificuldades de trabalho com a equipe. (ID)	-
A37 (4 CP)	-	2,57	-	O enfermeiro intensivista/emergencista realiza a avaliação de desempenho da equipe de enfermagem com imparcialidade, considerando exclusivamente o desempenho técnico, sua relação com colegas, pacientes e familiares. (ID)

Legenda: Enf=Enfermeiros; T.E =Técnico de Enfermagem; IC=Inclinado a concordar; ID =Inclinado a discordar; CP=Concordo Plenamente; DP= Discordo Plenamente.

Quadro IV - Perfil Atitudinal da Dimensão – D2: Fatores que Dificultam a Liderança, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Aserções Não Validadas, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

DIMENSÃO D-2	ENF.	T.E	ENF.	T.E
ASSERÇÕES NÃO VALIDADAS				
A9 (1 CP)	1,88	1,75	Um dos maiores desafios para você enfermeiro emergencista/ intensivista é ser mediador das ações cotidianas geradas pela sua equipe. (CP)	Um dos maiores desafios o enfermeiro emergencista/ intensivista é ser mediador das ações cotidianas geradas pela sua equipe. (CP)
A16 (1 CP)	2,76	-	O modelo de passagem de plantão executado por você enfermeiro de UTI/PS NÃO tem contribuído para uma comunicação eficaz junto a sua equipe. (IC)	-
A27 (1 CP)	2,29	2,11	A avaliação da equipe de enfermagem é executada por você enfermeiro de unidade crítica, porém a mesma não ocorre periodicamente. (IC)	A avaliação da equipe de enfermagem é executada pelo enfermeiro de unidade crítica, porém a mesma NÃO ocorre periodicamente. (IC)
A36 (1 CP)	-	2,59	-	O enfermeiro de unidade crítica apresenta postura de liderança diferente dos demais enfermeiros, o que gera dificuldades de trabalho com a equipe. (IC)
A37 (4 CP)	3,31	-	Você enfermeiro intensivista/emergencista realiza a avaliação de desempenho da equipe de enfermagem com imparcialidade, considerando exclusivamente o desempenho técnico, sua relação com colegas, pacientes e familiares. (IC)	-

Legenda: Enf=Enfermeiros; T.E=Técnico de Enfermagem; IC=Inclinado a concordar; ID =Inclinado a discordar; CP=Concordo Plenamente; DP= Discordo Plenamente.

Quadro V - Perfil Atitudinal da Dimensão – D3: Fatores de Estrutura Institucional, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Validadas, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

DIMENSÃO	ENF.	T.E	ENF.	T.E
D-3	2,43	2,80		
ASSERÇÕES VALIDADAS				
A3 (4 CP)	3,71	3,36	Você enfermeiro que trabalha nas UTIs e PSs possui competências e habilidades condizentes com o perfil exigido pela instituição. (IC)	O enfermeiro que trabalha nas UTIs e PSs possui competências e habilidades condizentes com o perfil exigido pela instituição. (IC)
A10 (4 CP)	1,94	3,16	Você enfermeiro de unidade crítica é estimulado pela instituição a contribuir na criação e revisão de protocolos com as particularidades de seu setor de atuação (UTI e PS). (DP)	O enfermeiro de unidade crítica é estimulado pela instituição a contribuir na criação e revisão de protocolos com as particularidades de seu setor de atuação (UTI e PS). (IC)
A14 (1 CP)	3,24	3,52	Você enfermeiro de unidade crítica NÃO foi informado de maneira clara pela instituição quanto às funções (assistenciais e de gestão) de seu cargo no processo admissional e NÃO é informado periodicamente sobre tais atribuições na UTI e PS. (ID)	O enfermeiro de unidade crítica NÃO foi informado de maneira clara pela instituição quanto às funções assistenciais e de gestão de seu cargo no processo admissional, e também não é informado periodicamente sobre tais atribuições na UTI e PA . (ID)
A17 (4 CP)	2,25	2,46	A instituição oferta igualmente para a equipe médica e para você enfermeiro de unidade crítica, espaços de educação continuada/permanente para qualificação profissional técnica e abordagens de desenvolvimento de líderes. (ID)	A instituição oferta igualmente para a equipe médica e os enfermeiros de unidade crítica, espaços de educação continuada/permanente para qualificação profissional técnica e abordagens de desenvolvimento de líderes. (ID)
A21 (4 CP)	2,51	2,96	A instituição demonstra junto a você enfermeiro intensivista/ emergencista, a importância do desenvolvimento da competência de liderança, qualificando-o periodicamente. (ID)	A instituição demonstra junto ao enfermeiro intensivista/ emergencista, a importância do desenvolvimento da competência de liderança, qualificando-o periodicamente. (ID)
A25 (4 CP)	1,63	2,45	Você enfermeiro de UTI e PA é estimulado a representar sua instituição em eventos científicos. (DP)	O enfermeiro de UTI e PS é estimulado a representar sua instituição em eventos científicos. (ID)
A28 (4 CP)	2,22	2,73	A instituição estimula o seu crescimento profissional e de sua equipe de enfermagem por meio de especializações, cursos, (ID)	A instituição estimula o crescimento profissional do enfermeiro e de sua equipe de enfermagem por meio de especializações, cursos, (ID)

Validação Estatística e Análise Quantitativa – Construção e Aplicação Escala Likert Liderança dos Enfermeiros Unidades Críticas – Comparativo Enfermeiros e Técnicos Enfermagem

DIMENSÃO D-3	ENF. 2,43	T.E 2,80	ENF.	T.E
ASSERÇÕES VALIDADAS				
A32 (4 CP)	1,92	2,20	A instituição acredita que valorizar financeiramente você enfermeiro intensivista/emergencista que busca as suas titulações e formações técnicas relacionados ao seu trabalho na UTI e PS seja uma forma de incentivar o crescimento intelectual de sua categoria profissional. (DP)	A instituição acredita que valorizar financeiramente o enfermeiro intensivista/emergencista que busca as suas titulações e formações técnicas relacionados ao seu trabalho na UTI e PS seja uma forma de incentivar o crescimento intelectual de sua categoria profissional. (ID)
A35 (4 CP)	-	2,39	-	A instituição incentiva o enfermeiro de UTI e PS para produção científica e publicação em periódicos. (ID)

Legenda: ENF=Enfermeiros; T.E =Técnico de Enfermagem; IC=Inclinado a concordar; ID =Inclinado a discordar; CP=Concordo Plenamente; DP= Discordo Plenamente.

Quadro VI - Perfil Atitudinal da Dimensão – D3: Fatores de Estrutura Institucional, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Não Validadas, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

DIMENSÃO D-3	ENF.	T.E	ENF.	T.E
ASSERÇÕES NÃO VALIDADAS				
A35 (4 CP)	1,69	-	A instituição incentiva você enfermeiro de UTI e PS para produção científica e publicação em periódicos. (DP)	-

Legenda: ENF=Enfermeiros; T.E =Técnico de Enfermagem; IC=Inclinado a concordar; ID =Inclinado a discordar; CP=Concordo Plenamente; DP= Discordo Plenamente.

Quadro VII - Perfil Atitudinal da Dimensão – D4: Fatores de Liderança em Unidades Críticas, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Validadas, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

DIMENSÃO	ENF.	T.E	ENF.	T.E
D-4	3,62	3,17		
ASSERÇÕES VALIDADAS				
A4 (4 CP)	3,80	3,27	Você enfermeiro intensivista/ emergencista exerce um exemplo de liderança eficaz junto ao paciente crítico contribuindo de forma importante para realização do cuidado. (IC)	O enfermeiro intensivista/ emergencista exerce um exemplo de liderança eficaz junto ao paciente crítico contribuindo de forma importante para realização do cuidado. (IC)
A7 (4 CP)	3,65	3,41	A sua liderança na unidade crítica é qualificada por um trabalho interprofissional, a partir da contribuição de toda a equipe de enfermagem e outras categorias da saúde. (IC)	A liderança do enfermeiro na unidade crítica é qualificada por um trabalho interprofissional, a partir da contribuição de toda a equipe de enfermagem e outras categorias da saúde. (IC)
A11 (4 CP)	3,65	2,84	Você enfermeiro de UTI ou PS , trabalha no esquema de “ajudar um ao outro” pois esta é uma maneira de fortalecer uma liderança sustentável principalmente no manejo de pacientes críticos. (IC)	O enfermeiro de UTI ou PS, trabalha no esquema de “ajudar um ao outro” pois esta é uma maneira de fortalecer uma liderança sustentável principalmente no manejo de pacientes críticos. (ID)
A18 (4 CP)	-	2,93	-	O enfermeiro intensivista / emergencista possui características natas de liderança para manejo de pacientes críticos. (ID)
A22 (4 CP)	3,45	3,30	Você enfermeiro de UTI e PS vem desenvolvendo ao longo de sua trajetória profissional a competência de liderança junto a pacientes críticos. (IC)	O enfermeiro de UTI e PS vem desenvolvendo ao longo de sua trajetória profissional a competência de liderança junto a pacientes críticos. (IC)
A29 (4 CP)	3,53	3,27	A tomada de decisão, autonomia e resiliência são características de liderança exercida por você enfermeiro nos ambientes críticos como UTI e PS. (IC)	A tomada de decisão, autonomia e resiliência são características de liderança exercida pelo enfermeiro nos ambientes críticos como UTI e PS. (IC)

Legenda: Enf=Enfermeiros; T.E =Técnico de Enfermagem; IC=Inclinado a concordar; ID =Inclinado a discordar; CP=Concordo Plenamente; DP= Discordo Plenamente.

Quadro VIII - Perfil Atitudinal da Dimensão – D4: Fatores de Liderança em Unidades Críticas, avaliados pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, das Asserções Não Validadas, da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas”, São Paulo, 2020.

DIMENSÃO D-4	ENF.	T.E	ENF.	T.E
ASSERÇÕES NÃO VALIDADAS				
A18 (4 CP)	3,41	-	Você enfermeiro intensivista / emergencista possui características natas de liderança para manejo de pacientes críticos. (IC)	-

Legenda: ENF=Enfermeiros; T.E =Técnico de Enfermagem; IC=Inclinado a concordar; ID =Inclinado a discordar; CP=Concordo Plenamente; DP= Discordo Plenamente.

5. CONCLUSÃO

O processo de validação da dissertação “Construção e Aplicação da Escala Likert para Avaliação da Liderança dos Enfermeiros em Unidades Críticas: Desafios e Perspectivas” no comparativo entre as respostas dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem evidenciaram os seguintes aspectos:

- Na validação estatística das informações dos Enfermeiros todos os eixos de análises não demonstraram estatisticamente interferência nos dados obtidos.
O mesmo não ocorrendo com as informações dos Técnicos de Enfermagem onde os eixos: Formação e Tempo de Trabalho nesta Instituição tiveram influência nos dados. No item Formação o grupo: “Graduação” se diferenciou dos outros grupos, apresentando respostas mais críticas com média bem abaixo da maioria.
Já o eixo “Tempo de Trabalho nesta Instituição”, o grupo: “mais de 15 anos” se diferencia dos outros com avaliações mais positivas, com média mais alta que a maioria.
- Boa validação de conteúdo impactando em perda de 9 asserções num total de 37, perfazendo um percentual de 24% - Enfermeiros, enquanto para Técnicos de Enfermagem houve uma perda de 4 asserções, representando 11% de perdas. A literatura considera aceitáveis perdas de 30% a 40%.
- A dispersão calculada foi de 0,78 para os Enfermeiros e de 0,86 para os Técnicos de Enfermagem, mostrando a homogeneidade dos dados.
- A validação de confiabilidade foi de 0,88 para os Enfermeiros e 0,93 para os Técnicos de Enfermagem utilizando a fórmula de Spearman-Brown e 0,88 para os Enfermeiros e 0,92 para os Técnicos de Enfermagem pela fórmula Alfa de Cronbach, denotando sólida consistência estatística ao instrumento aplicado em qualquer um dos métodos.

- As dimensões D2 e D4 referentes às avaliações dos Enfermeiros se encontram numa zona de conforto e as dimensões D1 e D3 se encontram numa zona de alerta.

Para os Técnicos de Enfermagem, a única dimensão que se encontra numa zona de conforto é a D4, as outras três dimensões D1, D2 e D3 se encontram numa área de alerta e necessitam de atenção e ação em médio prazo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANASTASI, A. **Testes Psicológicos**, São Paulo: EPU, 1977.

ARAUJO, N. R.S.; LABURU, C. E. **Uma Análise da Validação e Confiabilidade da Escala de Opiniões da Seleção de Experimentos de Química (EOSEQ)**. Ensaio. Pesq. Educ. Ciência, Rev. Ensaio | Belo Horizonte | v.11 | n.02 | p.199-220 | jul-dez | 2009.

BRUNO, L. F. C. **Levantamento da Qualidade de Vida no Trabalho** – Universidade do Amazonas, 1999.

CONCEIÇÃO, I. M. **Tutorial de Análises utilizando o Excel – Parte 3: Análise de Variância – ANOVA** – Wikipédia, fevereiro de 2013.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of the tests. **Psychometrika**, Springer New York, v.16, n.3, p.297-334, Sep. 1951.

FERREIRA, B. J. **Inovações na formação médica: reflexos na organização do trabalho pedagógico**, Campinas, São Paulo, 2004.

FERREIRA, B. J.; BATISTA, N. A; BATISTA, S. H. S. S. **O Processo de Ensino/Aprendizagem no Mestrado Profissional - MP-Norte: Análise de um experiência**. Enseñanza de las Ciencias **JCR**, v. extra, p. 1246, 2013.

FERREIRA, BEATRIZ JANSEN; SOUZA, SANAY VITORINO DE. **Preceptorial: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde**. ABCS HEALTH SCIENCES, v. 44, p. 15-21, 2019.

FERREIRA, B. J; RODRIGUES, A. A. **Aspectos constitutivos da construção de Escala tipo Likert para a avaliação das competências assistenciais na formação de técnicos em enfermagem em cenários de prática**. Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais, v. 2, p. 3-4, 2019.

FERREIRA, B. J; MENEZES, I. H. C. F.; COSTA, N. M. S. C. **Avaliação do Impacto dos Programas de Reorientação Profissional em Cursos da Área da Saúde**. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180162>, v. 43, p. 122-129, 2019.

FERREIRA, J. BEATRIZ; CARDOSO, R. B. **Programa de Educação Permanente para o Uso do Prontuário Eletrônico do Paciente na Enfermagem**. Journal of Health Informatics, v. 9, p. 25-35, 2017.

MILONE, G. **Estatística Geral e Aplicada** – São Paulo: Centage Learning, 2009.

MORAES, S. G; JUSTINO, M. L; FERREIRA, B. J; BARBOSA, E.P; BRUNO, L.F; PEREIRA, L. A. V. **Development and Validation of Strategy to Assess Teaching Methods. In: Progress in Education.** Volume 28. Nova Science Publishers, Inc, 2012.

NUNNALLY, J. C. (1978). **Psychometric theory (2nd ed.)**. New York: McGraw-Hill.

RITZ, M. C. **Qualidade de Vida no Trabalho: Construindo, Medindo e Validando uma Pesquisa** – Instituto de Matemática, Estatística e Computação Científica (IMECC), UNICAMP, Campinas, dezembro de 2000.

SANTOS, J. R. A. Alfa de Cronbach: Uma ferramenta para avaliar a confiabilidade das escalas. **Journal of Extension.** ISSN 1077-5315, EUA, v.37, n.2, Apr. 1999

SCHIMIDT, M. J. **Understanding and Using Statistics Basic Concepts** – Massachusetts, USA: D.C. Heath and Company, 1975.

VIEIRA, S. Comentários sobre Alfa de Cronbach em: <http://soniavieira.blogspot.com/2015/10/alfa-de-cronbach.html>.

Bibliografia consultada

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. **Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa, Volp**: Busca no vocabulário. Rio de Janeiro: ABL, 2016. Disponível em: <http://www.academia.org.br/nossa-lingua/busca-no-vocabulario>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2018. 68 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito: apresentação. Rio de Janeiro, 2012. 4 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6027**: informação e documentação: sumário: apresentação. Rio de Janeiro, 2012. 3 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6028**: informação e documentação: resumos: apresentação. Rio de Janeiro, 2021. 3 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002. 7 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011. 11 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Normas de apresentação tabular**. 3a ed. Rio de Janeiro: IBGE; 1993.

PEREIRA, Teresa Avalos. Terminologia DeCS e as novas regras ortográficas da língua portuguesa: orientações para uma atualização. **Acta Cirurgica Brasileira**, São Paulo, v. 27, n. 7, p. 509-514, jul. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502012000700014>.