



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem
Dissertação**

**Tradução e validação do Authentic Nurse Leadership
Questionnaire para o contexto cultural português**

Ana Isabel Marques Gaspar



**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem
Dissertação**

**Tradução e validação do Authentic Nurse Leadership
Questionnaire para o contexto cultural português**

Ana Isabel Marques Gaspar

Orientador: Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas
Coorientador: Paulo Jorge Marques Cruchinho



**Lisboa
2023**

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

“Developing relationships by being *yourself* and consistent in your words and actions is fundamental to authentic leadership”.

(Rosanne Raso)

Agradecimentos

Gostaria de expressar minha mais profunda gratidão às pessoas especiais que tornaram esta jornada possível e significativa.

Ao Professor Pedro Lucas, pela orientação valiosa, incentivo constante e pela dedicação em me ajudar a alcançar os melhores resultados. Suas contribuições foram essenciais para o sucesso deste trabalho.

Ao Professor Paulo Cruchinho pelos seus imprescindíveis contributos e espírito crítico que muito me auxiliaram e enriqueceram esta pesquisa.

Ao meu marido Emanuel e aos meus filhos Eduardo e Leonor, que estiveram ao meu lado com paciência, compreensão e carinho. Seu apoio incondicional foi a âncora que me manteve firme nos momentos desafiadores. Cada conquista alcançada é compartilhada com vocês.

Aos meus pais, Jorge e M.^a Eugénia e minha irmã Sónia, que sempre acreditaram em mim e me incentivaram a perseguir meus sonhos. A vocês, meu eterno agradecimento pela base sólida que me proporcionaram.

À Susana, a minha parceira de mestrado e de sonhos, sem ti não teria sido uma experiência tão boa.

Aos colegas que participaram no estudo, agradeço pela colaboração e participação ativa, fornecendo dados valiosos que enriqueceram esta pesquisa.

Aos amigos e colegas que, de alguma forma, contribuíram para esta conquista, meu mais sincero agradecimento. Suas palavras de encorajamento e amizade fizeram toda a diferença.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para esta conquista, meu sincero agradecimento. Este trabalho é o resultado de esforços coletivos e apoio constante.

Siglas e Acrónimos

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ANLQ – Authentic Nurse Leadership Questionnaire

ANLS-PT – Escala de Liderança Autêntica em Enfermagem- versão portuguesa

APA - American Psychological Association

APE – Ambiente da Prática de Enfermagem

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DL – Decreto Lei

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA - Estados Unidos da América

LA - Liderança Autêntica

LAE - Liderança Autêntica em Enfermagem

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidades Funcionais

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Resumo

Introdução: O Enfermeiro Gestor desempenha um papel crucial na eficácia das ações de enfermagem, garantindo a qualidade dos cuidados, a segurança do utente e a excelência do ambiente de prática. Adotando uma liderança autêntica, destaca-se por sua autenticidade e autoconsciência, agindo com transparência na interação com outros profissionais, promovendo resultados positivos nos cuidados, na retenção de profissionais e no ambiente de prática de enfermagem. De modo a avaliar a percepção dos enfermeiros acerca da sua liderança, nomeadamente a liderança autêntica em enfermagem, decidimos validar para o contexto cultural português uma escala – ANLQ.

Objetivo Geral: Adaptar transculturalmente o ANLQ, dando origem à sua versão portuguesa.

Método: Trata-se de um estudo metodológico e descritivo-transversal. A versão portuguesa do ANLQ foi obtida através do processo de adaptação transcultural. A amostra deste estudo é não-probabilística e intencional. A ANLS-PT foi aplicado a 206 enfermeiros das várias UF de dois ACeS da ARSLVT.

Apresentação dos resultados: Obteve-se um instrumento com 29 itens e 3 dimensões, com uma variância explicada de 68.295% para a totalidade do instrumento. Verificou-se uma matriz de correlação muito boa para duas dimensões e boa para a terceira dimensão. Relativamente à qualidade de relação entre as variáveis de cada dimensão obteve-se $KMO > 0,98$, $KMO > 0,95$ e $KMO > 0,85$ respetivamente e o teste de esfericidade de Bartlett's $< 0,001$ para todas as dimensões. A validade de conteúdo foi assegurada pela realização do teste reteste e pela comissão de peritos. A fiabilidade foi garantida através da determinação da consistência interna, tendo sido testada através do Alfa de Cronbach onde se obteve o total de 0,97. A validade de construto foi efetuada através da Análise Fatorial em componentes principais com rotação ortogonal pelo método Varimax e pela análise Fatorial Confirmatória.

Conclusão: Da análise efetuada obtivemos melhores resultados com uma matriz de três dimensões tendo sido redefinidas as dimensões: Cuidar e Tomada de Decisão, Autoconsciência, Integridade Relacional e Ética. A ANLS-PT revelou ser um instrumento adequado para ser aplicado em Portugal, através das suas características psicométricas.

Palavras-chave: Liderança autêntica em enfermagem; Gestão em Enfermagem; Validação de escala.

Abstract

Introduction: The Nurse Manager plays a crucial role in the effectiveness of nursing actions, ensuring the quality of care, user safety and the excellence of the practice environment. Adopting authentic leadership, it stands out for its authenticity and self-awareness, acting with transparency in interactions with other professionals, promoting positive results in care, professional retention and the nursing practice environment. In order to evaluate nurses' perception of their leadership, namely authentic leadership in nursing, we decided to validate a scale for the Portuguese cultural context – ANLQ.

General Objective: To adapt the ANLQ cross-culturally, giving rise to its Portuguese version.

Method: This is a methodological and descriptive-cross-sectional study. The Portuguese version of the ANLQ was obtained through the process of cross-cultural adaptation. A

The sample in this study is non-probabilistic and intentional. The ANLS-PT was applied to 206 nurses from the various FUs of two ARSLVT ACeS.

Results presentation: An instrument with 29 items and 3 dimensions was obtained, with an explained variance of 68.295% for the entire instrument. A very good correlation matrix was found for two dimensions and good for the third dimension. Regarding the quality of the relationship between the variables of each dimension, $KMO > 0.98$, $KMO > 0.95$ and $KMO > 0.85$ respectively and Bartlett's sphericity test < 0.001 for all dimensions. Content validity was ensured by carrying out the test-retest and by the committee of experts. Reliability was guaranteed by determining internal consistency, having been tested using Cronbach's Alfa, where a total of 0.97. Construct validity was carried out through Factor Analysis in main components with orthogonal rotation using the Varimax method and Confirmatory Factor Analysis.

Conclusion: From the analysis carried out, we obtained better results with a matrix of three

dimensions having been redefined: Caring, Self-Awareness and Relational Integrity. The ANLS-PT proved to be a suitable instrument to be applied in Portugal, due to its psychometric characteristics.

Keywords: Authentic leadership in nursing; Nursing Management; Scale validation.

Índice

Introdução.....	15
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1 - Ambiente da Prática de Enfermagem	18
2 - Liderança Autêntica em Enfermagem	24
3 - Gestão em Enfermagem.....	30
4 - Tradução e Validação Transcultural de Instrumentos de Medida em Saúde.....	33
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO	42
1 - Metodologia do Estudo.....	42
1.1 – Tipo de estudo.....	43
1.2 – População	44
1.3 - Instrumento de recolha de dados.....	45
1.3.1 – Equivalência linguística e conceptual da ANLS-PT	46
1.4 – Procedimentos e considerações ético-legais	50
2 - Apresentação e Discussão dos Resultados.....	51
2.1 - Caraterização sociodemográfica e profissional da amostra	51
2.2 - Análise das propriedades psicométricas da ANLS-PT.....	58
2.1.1 – Fiabilidade.....	58
2.2.2 – Validade	59
3 - Conclusões	67
Referências	69

Anexos

Anexo I - Autorização da autora do ANLQ

Apêndices

Apêndice I - Fluxograma do PRISMA referente ao processo de seleção dos artigos

Índice de Gráficos

Gráfico 1 -Caracterização da amostra referente ao gênero	53
Gráfico 2 - Caracterização da amostra referente ao escalão etário	54
Gráfico 3 - Caracterização da amostra referente ao tempo de exercício profissional	54
Gráfico 4 - Caracterização da amostra referente às habilitações acadêmicas	55
Gráfico 5 - Caracterização da amostra referente à distribuição dos enfermeiros por UF	56
Gráfico 6 - Caracterização da amostra referente à categoria profissional	56
Gráfico 7 - Caracterização da amostra referente às funções de chefia	57

Índice de Figuras

Fig. 1 - Modelo organização dos cuidados de enfermagem (Dubois et al, 2012)	21
Fig. 2 – Diagrama explicativo do processo de validação de um instrumento de medida (adaptado de Beaton et al., 2000; Vilelas, 2017; Sul, 2019)	40
Fig. 3 - Processo de adaptação cultural	47
Figura 4: Modelo fatorial da ANLS-PT	65

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Construtos que caracterizam a LAE	28
Tabela 2 - Escala de consistência interna do coeficiente Alfa de Cronbach	36
Tabela 3 - Escala do teste Kaiser-Meyer Olkin (KMO)	39
Tabela 4 - Metodologia de validação psicométrica de instrumento de medida de saúde de Beaton Bombardier, Guillemin & Ferraz (2000) e Vilelas (2017)	41
Tabela 5 - Traduções independentes do ANLQ – Versão A e B	48
Tabela 6 - Comparação da versão original com retroversão do ANLQ	48
Tabela.7 - Tempo de preenchimento da ANLS-PT pelos 3 grupos de enfermeiros.	49
Tabela 8 - Fórmula de Sturges	51
Tabela 9: Características Sociodemográfica da Amostra (n = 206) em frequência e percentagem	52
Tabela 10 - Valores de coeficiente de fiabilidade para cada dimensão da ANLS-PT	59
Tabela 11: Valores de coeficiente da Análise Fatorial	61
Tabela 12: Redefinição das dimensões para a ANLS-PT	63

Introdução

A gestão de cuidados de enfermagem desempenha hoje, mais do que nunca, um papel preponderante para o alcance de metas como a qualidade, a eficiência e a eficácia nos cuidados de saúde. Os enfermeiros gestores devem, nesta perspetiva ser agentes ativos na gestão das equipas de saúde, com competências que lhes permitam efetuar uma gestão eficaz e eficiente dos recursos existentes na área da saúde, visando cada vez mais uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, aos clientes e comunidades que servem.

A liderança na prática de cuidados de saúde é indiscutível. O Enfermeiro Gestor, enquanto líder, assume um papel fundamental para o desempenho adequado das ações e processos de enfermagem, assegurando a qualidade dos cuidados prestados, melhorando a segurança do utente, bem como a qualidade do ambiente da prática de enfermagem, no que diz respeito aos resultados positivos inerentes dos cuidados prestados aos utentes, retenção dos profissionais de enfermagem, ao ambiente da prática de enfermagem (Giordano-Mulligan, 2020).

A Liderança Autêntica (LA) tem sido identificada como foco de estudo por vários autores nos EUA, nos quais foram identificadas várias variáveis pessoais e organizacionais relacionadas com a LA, incluindo a satisfação no trabalho, a rotatividade, atitudes e comportamentos no trabalho e a capacitação da equipa (Wong e Walsh, 2020).

Em Portugal não existe uma ferramenta que permita avaliar a perceção dos enfermeiros acerca da sua liderança, nomeadamente a liderança autêntica em enfermagem. Deste modo, pela importância e pertinência do fenómeno também em contexto nacional, considerou-se importante validar e adaptar para a população portuguesa uma escala que o permitisse fazer. O Authentic Nurse Leadership Questionnaire (ANLQ), desenvolvido por Giordano-Mulligan em 2019, tem por objetivo avaliar a perceção dos enfermeiros acerca da liderança autêntica de seus líderes, a qual tem sido alvo de estudo nos Estados Unidos da América (EUA) nos últimos anos, com fortes indicadores da sua validade e fiabilidade.

Assim, partindo da questão de investigação “Será que o *Authentic Nurse Leadership Questionnaire* apresenta boas qualidades psicométricas para a população portuguesa?”, estabeleceu-se como objetivo geral “adaptar transculturalmente o ANLQ, dando origem à sua versão portuguesa”, e como objetivos específicos: (1) Traduzir para português o ANLQ; (2) Adaptar ao contexto cultural português o ANLQ; (3) Analisar as qualidades psicométricas do ANLQ.

Para a fundamentação da temática escolhida, foi realizada uma revisão *scoping* (Apêndice I) através da pesquisa de literatura no catálogo bibliográfico do Centro de Documentação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e bases de dados eletrónicas, no período de junho a julho de 2022. Efetuada pesquisa inicial nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) a qual permitiu indentificar as palavras utilizadas nos títulos e resumos assim como os termos de indexação. Numa 2.^a fase foi realizada a pesquisa nas referidas bases de dados (CINAHL® e MEDLINE®), na MedicLatina, na Cochrane e no Google Académico. Os termos de busca (descritores MeSH) utilizados na pesquisa booleana foram: (authentic nurse leadership) OR (authentic leadership) AND (nursing management) AND (primary health care). Foram considerados os termos de pesquisa no resumo. Por fim, efetuada pesquisa de lista de referências da literatura relevante para encontrar estudos adicionais.

Para a seleção dos estudos foram considerados todos os estudos aplicados a enfermeiros; que tratam o tema da liderança autêntica em enfermagem em contexto de prestação de cuidados na área dos cuidados de saúde primários. apresentados em revistas científicas de enfermagem em língua inglesa e portuguesa, no espaço temporal entre 2017 e 2022. Não foi efetuada nenhuma restrição relativa à metodologia de investigação. Tratando-se de uma temática com poucos estudos científicos foram incluídos todos os contextos de prestação de cuidados.

Trata-se de um estudo quantitativo, o qual está estruturado em duas partes distintas: a primeira referente ao enquadramento teórico constituída por quatro capítulos, nos quais os fenómenos, ambiente da prática de enfermagem, de liderança autêntica em enfermagem, gestão em enfermagem e ainda os métodos de tradução e validação psicométrica de instrumentos de medida em saúde, a segunda parte referente

ao trabalho empírico que inclui a problemática e a justificação do estudo, o instrumento de recolha de dados, as questões éticas inerentes, a metodologia utilizada, terminando com apresentação e a discussão de resultados e as conclusões do estudo.

O presente trabalho foi elaborado segundo a 7ª edição das normas da “American Psychological Association” (APA), o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: Norma APA da ESEL (Godinho, 2020) e encontra-se escrito de acordo com o novo acordo ortográfico.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Esta dissertação foi enquadrada no âmbito dos conceitos de ambiente da prática de enfermagem (APE), liderança autêntica em enfermagem (LAE), gestão em enfermagem e tradução e validação psicométrica de instrumentos de medida em saúde.

1 - Ambiente da Prática de Enfermagem

O APE tem um grande impacto na qualidade dos cuidados de enfermagem. Desde o início, ele fornece aos enfermeiros os recursos e as condições necessárias para que eles possam prestar cuidados de forma eficaz e eficiente.

O APE tem sido referido na literatura como uma variável que influencia os resultados dos cuidados de enfermagem (Aiken et al., 2002; Lake, 2002; Aiken et al., 2011).

Desde a década de oitenta, o APE tem sido objeto de análise e identificado como uma variável que influi os resultados dos cuidados de enfermagem, pois ambientes favoráveis podem promover a otimização da qualidade dos cuidados (Lake, 2002).

Andrade (2016), define como APE como um conjunto de caraterísticas organizacionais que facilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem, podendo comprometer a qualidade dos serviços prestados.

De acordo com Lake (2002) o APE são as caraterísticas do contexto de trabalho que facilitam ou limitam a prática profissional de enfermagem. O mesmo autor refere que o APE favorável inclui a garantia do exercício da autonomia profissional, a existência de um número de enfermeiros adequado às necessidades dos utentes, uma governação partilhada com o envolvimento na tomada de decisão, uma boa relação entre os diferentes grupos profissionais, a existência de programas de formação contínua, lideranças de enfermagem visíveis, uma gestão eficiente e a perceção do estatuto dos enfermeiros na hierarquia da organização (Amaral et al., 2013).

As organizações de saúde enfrentam diariamente, profundos e complexos desafios impostos pelo ambiente de crise financeira e económica do país e que afetam não só os profissionais de saúde, como sobretudo os utentes. A identidade profissional e as características do próprio ambiente são pontos-chave na análise de ambientes propícios à prática. Como tal, podem surgir diferentes fatores-chave devido às especificidades inerentes aos serviços dos profissionais de saúde e aos diferentes modelos de trabalho utilizados neste cenário, envolvendo várias partes interessadas, tais como “elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.9). Assim, um investimento no ambiente da prática dos enfermeiros é uma mais-valia para as organizações e seus líderes (Hinno et al, 2011,2012).

Lake (2002) descreve cinco fatores que operacionalizam este conceito: a participação dos enfermeiros na governação interna do hospital; os fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados; a gestão, liderança e suporte dos enfermeiros; a adequação de recursos humanos e materiais; a relação entre médicos e enfermeiros.

A participação dos enfermeiros na governação interna do hospital, garante a autonomia dos enfermeiros na participação ativa, no que diz respeito à liderança interna da instituição, na qual são incluídos a governação interna, as tomadas de decisão políticas e comités, com oportunidades de progressão, comunicação aberta com os gestores e reconhecida a acessibilidade, poder e visibilidade da administração executiva de enfermagem. A governação dos APE é caracterizada pelo direito dos enfermeiros de participarem em decisões independentes e coordenadas relacionadas com o cuidado do cliente, incluindo requisitos organizacionais, regras, procedimentos e decisões de gestão, e de implementar os resultados dessas decisões (Lake, 2002; Ispir & Duygulu, 2017; Laschinger et al., 2016).

Os fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, definem um modelo de cuidados de enfermagem de nível elevado, prevendo a utilização de diagnósticos e planos de cuidados de enfermagem e a existência de indicadores de monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados prestados, garantindo a formação contínua a todos os profissionais (Lake, 2002).

A gestão, liderança e suporte dos enfermeiros, foca-se na percepção dos enfermeiros sobre o papel crítico da gestão de enfermagem, pela dualidade do papel de gestor e líder, bem como pelo suporte aos enfermeiros aquando conflitos com os médicos, realização de erros, mas também o reconhecimento do trabalho bem desenvolvido (Lake, 2002). Jabagi et al. (2020) e Kurtessis et al. (2017) Os mesmos autores referem que quanto maior for a percepção dos profissionais acerca da valorização por parte da instituição, maior será o compromisso com a mesma.

A adequação de recursos humanos e materiais, define as premissas de adequação dos recursos para a prestação de cuidados com qualidade, onde o equilíbrio nos recursos humanos para a prestação de cuidados, os serviços de apoio, tempo e oportunidade para promover discussão entre colegas sobre casos clínicos, assumem um cariz significativo (Lake, 2002).

A relação entre médicos e enfermeiros é um fator que envolve a existência de relações de trabalho positivas, entre médicos e enfermeiros, como desejo dos últimos (Lake, 2002). Um bom relacionamento entre enfermeiros e médicos é fundamental para melhorar os resultados dos clientes e reflete-se na qualidade dos cuidados (Elsous et al., 2017). Esta colaboração significa cooperação no trabalho, compartilha de responsabilidades pela resolução dos problemas e tomadas de decisões nos cuidados aos utentes (Elsous et al., 2017; Laschinger et al., 2016). Relacionamentos positivos ajudam a melhorar o atendimento, reduzir resultados negativos para os utentes e melhorar o desempenho (Aiken & Patrician, 2000; Elsous et al., 2017).

O APE tem como características relevantes no apoio e suporte da gestão; na liderança e gestão; nas boas relações multidisciplinares entre enfermeiros e médicos e na qualidade dos cuidados (Alves, 2016; Rabie, 2017).

Ao longo dos anos têm sido documentados resultados positivos associados ao APE, Halm (2019) refere que em ambientes de prática fortes, medidos pela Escala de Ambiente de Prática ou Magnet Recognition®, foram associados a menos internamentos em unidades de cuidados intensivos, maior confiança do enfermeiro na resolução de problemas relacionados com o paciente, melhoria da capacidade do paciente no autocuidado após a alta e na diminuição da alta a pedido. O foco no pessoal de

enfermagem é um elemento essencial para o APE, no qual o enfermeiro líder desempenha um papel fundamental na adequação dos serviços com pessoal especializado combinado com rácios adequados para o número de pacientes.

A organização dos recursos de enfermagem é fundamental para o desempenho organizacional. Os Enfermeiros Gestores são responsáveis por encontrar modelos conceituais de prestação de cuidados de forma a: maximizar o uso de recursos de enfermagem disponíveis, a garantir maior segurança e atendimento de alta qualidade aos clientes, a atingir resultados específicos num determinado contexto (Dubois et al., 2012). O modelo proposto por Dubois et al. (2012) integra 3 fatores fundamentais que devem ser considerados na prática de enfermagem: a equipa de enfermagem (competências, dotações, eficácia), o âmbito da prática (corpo de conhecimentos de enfermagem, adequação às necessidades, capacitação dos enfermeiros) e o ambiente de trabalho (inovação, promoção de ambientes favoráveis), representado na figura 3.

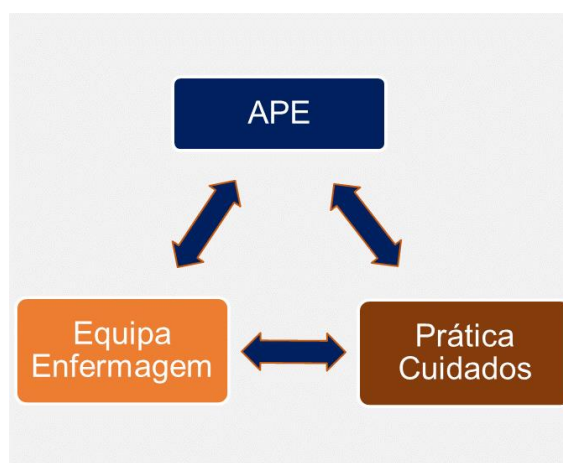


Fig. 1 - Modelo organização dos cuidados de enfermagem (Dubois et al, 2012).

Os enfermeiros gestores têm um impacto significativo na qualidade e segurança dos cuidados e no bem-estar dos enfermeiros através da liderança e gestão (Adriaenssens et al., 2017).

O APE pode ser visto nas relações estabelecidas com os colegas, no estilo de liderança do gestor de enfermagem e na cultura e clima dentro da organização (Hayes et al., 2012). Proporcionar um ambiente de compreensão na equipe de enfermagem, promove a construção de bons relacionamentos entre os membros da equipe, identificação com os valores da instituição, consciencialização da valorização pelo

enfermeiro gestor e pela própria instituição aumenta o compromisso organizacional dos enfermeiros (Galleta et al., 2016). Assim, o comportamento de liderança autêntica por parte dos gestores de enfermagem, tais como autoconsciência e transparência, comportamento ético e apoio ao processo, desempenham um papel importante na criação de um bom APE (Laschinger et al., 2015).

Asiri et al. (2016) referem que os enfermeiros gestores podem melhorar o APE através da implementação de estratégias adequadas de liderança e capacitação, incluindo um maior envolvimento da equipa de enfermagem no processo de tomada de decisão, alcançando assim cuidados de elevada qualidade, que melhoram a segurança do utente.

De acordo com Ko et al., (2018) a autonomia do trabalho dos enfermeiros tem grande impacto no APE, ou seja, enfermeiros com pouca autonomia têm efeitos negativos na satisfação do trabalho e na intenção de saída (Mrayyan, 2019). Desta forma, os enfermeiros gestores têm um papel fundamental na monitorização da autonomia do trabalho dos enfermeiros e nas suas perceções sobre a política organizacional Ko et al., 2018), assim como, na avaliação precoce da intenção de saída por meio de instrumentos de medida, prevenindo este fenómeno, de forma a contribuir para a melhoria do APE (Sul & Lucas, 2020).

Outra peça fundamental, na dinâmica do APE, que surge como linha orientadora de atuação dos serviços de saúde, está relacionada com a aplicação de novos conhecimentos na prática de cuidados, que contribuem para a redução de efeitos indesejáveis, alterações de práticas e melhoria da segurança e qualidade dos cuidados (Titlestad et al., 2018). Desta forma, a promoção da formação junto dos enfermeiros, deve constar no planeamento de gestão por parte dos líderes, de forma a obter resultados de alta qualidade e segurança a nível dos cuidados de enfermagem (Weber et al., 2015).

A promoção de um bom relacionamento entre os enfermeiros gestores e os enfermeiros é o pilar para o empoderamento dos enfermeiros, o que por sua vez reduz o risco de burnout e aumenta a satisfação no trabalho (Weber et al., 2015).

Weber et al., (2015) referem que um bom relacionamento entre os enfermeiros gestores e os enfermeiros é a base para o empoderamento dos enfermeiros, resultando em baixos níveis de burnout e melhor satisfação profissional.

Os gestores de enfermagem devem promover características organizacionais do APE, consideradas fatores importantes nas organizações de saúde, que podem afetar a qualidade e a segurança dos cuidados (Wei et al., 2018). Assim, as características organizacionais, especialmente a presença de autonomia, controle do ambiente e cooperação entre os profissionais de saúde, tornam o APE benéfico para o desenvolvimento dos cuidados e contribuem para melhores resultados para os clientes, profissionais de saúde e a própria organização de saúde (Aiken & Patrician, 2000; Duffield et al., 2011; Kirwan et al., 2013).

2 - Liderança Autêntica em Enfermagem

O tema liderança tem vindo a ser objeto de estudo que já reúne mais de um século de investigações científicas, estando presente em diversos ambientes de trabalho como, serviços de saúde, escolas, empresas, comunidades e outras organizações, de interesse multidisciplinar (Turano & Cavazotte, 2016).

De acordo com Chiavenato (1999), a liderança pode ser entendida como uma maneira de exercer influência. A influência, por sua vez, é uma interação interpessoal na qual uma pessoa age com intenção de modificar ou provocar o comportamento de outra.

Cunha e Rego (2005) definem liderança como um processo de influência social exercido em uma situação específica, com a finalidade de obter um resultado. Referem que a liderança direcionada para a administração de alto nível, pode ser entendida como o esforço em garantir o empenho coletivo e despertar a energia necessária para alcançar um determinado objetivo. Assim, a liderança é o processo pelo qual os membros de um grupo ou organização influem a interpretação dos eventos pelos outros membros do grupo ou organização, no que diz respeito à escolha dos objetivos e estratégias, à organização das atividades de trabalho, ao desenvolvimento das competências e confiança pelos membros, motivando os profissionais para alcançar os objetivos, promovendo a manutenção das relações de cooperação e recebendo apoio e colaboração de indivíduos externos ao grupo ou organização (Cunha et al., 2007)

Posteriormente, surge a Liderança Autêntica (LA), como pilar da liderança (Antunes, 2013). Apresenta-se numa versão melhorada da liderança transformacional, ou seja, o líder exerce um papel fulcral na utilização de incentivos para persuadir os elementos da sua equipa a esforçarem-se mediante uma recompensa, pode ser individual ou institucional, para cada meta alcançada (Carvalho et al., 2016). A LA evolui com relevância, no decorrer das transformações sofridas pelas organizações de saúde, onde enfrentam mudanças imprevisíveis face às realidades atuais em constante mudança (Néné, 2015).

Avolio & Garner (2005) definem LA como um processo que promove capacidades psicológicas positivas e um contexto organizacional altamente desenvolvido, levando a uma maior autoconsciência, autorregulação e comportamento positivo nos líderes. Referem ainda, que este conceito é essencial nas organizações porque ajuda os indivíduos a descobrirem o verdadeiro significado e compromisso com o seu trabalho, criando estruturas e ambientes que apoiam líderes e seguidores.

Para Walumbwa et al. (2008), LA é definida como um modelo de comportamento de liderança que apoia e promove competências psicológicas positivas e um clima ético positivo para promover maior autoconsciência, perspectiva moral internalizada, processamento equilibrado de informações e transparência nas relações no local de trabalho.

A literatura apresenta várias definições de LA, a referir que todas realçam a importância da congruência entre as palavras, ações e valores do líder (Besen et al., 2017).

Desta forma, o constructo de LA, promove a relação entre o líder autêntico e os seus seguidores, com suporte nos seus valores e atitudes, e enfatizando a importância de manter relações baseadas na autenticidade e concludentemente o sucesso organizacional (Walumbwa et al, 2008).

Autenticidade é geralmente definida como sendo verdadeira ou baseada na realidade. As definições do dicionário enfatizam ter autoridade e ser genuíno. Richmond (2022) refere que ser autêntico é uma abordagem útil ao fornecer cuidados holísticos baseados na evidência. O comportamento de autenticidade pode ter um efeito positivo no paciente, na defesa dos enfermeiros e no comportamento moral e bem-estar dos enfermeiros. O mesmo autor considera a autenticidade como um forte preditor de resultados positivos no local de trabalho, incluindo o bem-estar psicológico e o desempenho no trabalho.

A LA tem sido identificada como foco de estudo por vários autores nos EUA, de acordo com a Revisão *Scoping* de Wong e Walsh (2020) realizada entre 2017 e 2019 em 27 estudos, nos quais foram identificadas várias variáveis pessoais e organizacionais relacionadas com a LA, incluindo a satisfação no trabalho, a rotatividade, a capacitação da equipa e as atitudes e comportamentos no trabalho, tais como o empoderamento e a

intenção de rotatividade de emprego. Nos mesmo estudos evidenciaram exemplos da LA relacionada com a qualidade dos cuidados, tais como a frequência de erros e a segurança.

Num estudo realizado por Dwyer, et al. (2019), a percepção dos enfermeiros sobre a LA está relacionada com o empoderamento estrutural e o capital psicossocial, os quais estão significativamente relacionados com o desgaste da equipa. Os mesmos autores consideram o empoderamento estrutural um fator de nível organizacional importante, que facilita o acesso à informação, apoio, recursos e oportunidades para aprender e crescer e influencia positivamente os resultados de transição dos novos enfermeiros graduados (Laschinger, 2012).

De acordo com Baek et al. (2019) a LA está positivamente relacionada com a satisfação no trabalho e o comprometimento organizacional, no que diz respeito à aceitação dos valores e regras organizacionais pelos profissionais, seu envolvimento e esforço em função dos objetivos da empresa.

Zaghini et al. (2019) referem que em maiores percepções de LA reflete-se menos *burnout* entre os enfermeiros e melhores resultados de satisfação referido pelos utentes, assim, a percepção da LA pelos enfermeiros está diretamente relacionada com os resultados inerentes dos cuidados prestados aos utentes.

Frasier (2019), conferiu um grande passo em frente na pesquisa sobre a LA no qual introduziu um estudo piloto para melhorar o LA de 16 enfermeiros gestores, com resultados positivos. Demonstraram que a LA é uma ferramenta para melhorar a autenticidade de comportamentos de liderança, particularmente na autoconsciência, evidenciado no grupo de enfermeiros gestores que concluíram o programa. Assim, a competência de LA pode ser aprimorada através de treinamento, conferindo a importância da adoção formal programas de desenvolvimento de liderança para líderes de enfermagem. Além disso, a autoconsciência surge como uma oportunidade para o crescimento da competência do líder enfermeiro, tornar-se um líder autêntico exige um aprofundamento da autoconsciência, que só pode ser alcançado através de um percurso pessoal de autodescoberta, autoaperfeiçoamento, reflexão e renovação (Shirey, 2015).

Outros estudos referem que a percepção dos enfermeiros sobre a autenticidade de seus líderes foi positivamente relacionada com a confiança no líder, empoderamento da equipe de enfermagem, engajamento no trabalho e percepção da qualidade dos cuidados prestados (Wong, Laschinger, Cummings, 2010).

De acordo com o referido anteriormente, a LA é descrita na literatura como um padrão de comportamento do líder que promove relacionamentos honestos e resultados psicológicos positivos na sua equipa (Shirey, 2006). Líderes de enfermagem autênticos apresentam comportamentos de altruísmo, transparência, integridade pessoal, competências no cuidar, valores éticos e morais compartilhados e equilibrados, capacidade na tomada de decisão, comunicação eficaz e integridade no relacionamento (Avolio et al. 2004).

Entende-se por líder autêntico aquele que alcança níveis de autenticidade, ou seja, sabe quem é, acredita no seu valor e atua sobre os seus valores e crenças, interagindo com os outros de uma forma transparente (Antunes, 2017). As características distintivas da liderança autêntica estão relacionadas com os atributos do líder autêntico, tais como, a autoconsciência do líder e a autorregulação, o contágio emocional e o compromisso de facilitar o sucesso aos seus seguidores através do apoio ao seu desenvolvimento (Esper & Cunha, 2015). Um líder autêntico é visto como uma pessoa confiante, que transmite esperança e otimismo à sua volta, e que é capaz de suportar as adversidades no trabalho com seu elevado nível de resiliência (Jensen & Luthans, 2006). George (2009), refere que líderes autênticos utilizam as suas habilidades inatas, ao mesmo tempo em que reconhecem as suas limitações e se esforçam para superá-las. São pessoas firmes e disciplinadas consigo mesmas, dedicam-se ao desenvolvimento pessoal, pois sabem que uma vida inteira de crescimento pessoal é fundamental para alcançar a liderança.

Deste modo, a LA exerce influência sobre seus seguidores, que os veem como modelos a serem seguidos pelos funcionários, levando-os a adotar uma postura autêntica em seu dia a dia (Shamir & Eilam, 2005).

A gestão clínica tem prioridade sobre o conhecimento, o que resulta em enfermeiros líderes pouco preparados para assumir a liderança e exercê-la com sucesso (Shermen, Bishop, Eggenberger e Karden, 2007), líderes com comportamentos de negatividade (ostracismo, narcisismo, *bullying*, incivilidade, agressividade, assédio e

passividade) e adversidade, diminui os resultados dos cuidados prestados aos utentes, traduzindo-se num APE pouco saudável e tóxico (Antum, Ming e Rasool, 2018). Os mesmos autores referem que o líder de enfermagem deve apresentar uma visão positiva e compartilhada com impacto na cultura, meio ambiente, infraestrutura e gestão estratégica promovendo um APE saudável.

Giordano-Mulligan e Eckardt (2019), criaram um modelo conceptual da LAE, o qual é baseado nos atributos do enfermeiro líder, descritos na tabela 1. Referem no seu modelo conceptual 3 construtos principais que caracterizam a LAE: Integridade, Transparência e Altruísmo, nos quais compreendem 5 características-chave de LA: (1) Perspetiva Moral e Ética, (2) Autoconsciência, (3) Integridade Relacional (4), Tomada de Decisão e (5) Cuidar.

Construtos	Atributos do enfermeiro líder
Autoconsciência	Motivação interna, visão pessoal, resiliente, confiante, gosto pelo que faz
Ética Moral	Autorregulação nas suas crenças, consegue dar resposta sob pressão, sabe o que fazer de acordo com as situações
Integridade Relacional	Habilidade inata de se conectar com os outros, disponível para comunicar e ouvir, partilha experiências, honesto, confiável, respeitoso
Tomada de Decisão	Aberto às ideias dos outros; a tomada de decisão é baseada na evidência científica, tendo sempre em consideração a ética pessoal e dos outros.
Cuidar	É humano, compassivo, empático; consciente das suas necessidades e das necessidades dos outros; preocupa-se, cuida de si próprio e dos outros sem interesse ou ganhos para si.

Tabela 1 - Construtos que caracterizam a LAE

Os mesmos autores referem que os líderes autênticos que conseguem alcançar altos níveis de autenticidade são aqueles que têm consciência de si, das suas crenças e valores, agindo em conformidade e de forma transparente para com os outros. Estes atributos traduzem-se em resultados positivos tais como: confiança, satisfação, comprometimento organizacional, desempenho e cidadania organizacional e comportamento dos membros da equipa. Os líderes autênticos transmitem aos outros por meio de ações e palavras, dando o exemplo através dos seus princípios, valores e ética. Wong et al (2010) referem que a relação da LA com a Enfermagem foca-se no papel positivo, modelagem, honestidade, integridade e ética.

3 - Gestão em Enfermagem

A Gestão em enfermagem é definida por Carvalho, Bernardo, Sousa & Negas (2015, p.39) como "o processo de administração e coordenação de recursos de forma eficaz e eficiente de modo a atingir os objetivos da organização" e que tem como principais funções o planeamento, organização, direção e controlo.

Por sua vez, segundo Yoder-Wise (2019) a gestão pode também ser entendida como a capacidade dos enfermeiros gestores para gerir os cuidados aos clientes e a restante equipa pelo qual são responsáveis. Deste modo o enfermeiro gestor deve ter presente a capacidade de contratar as pessoas certas, criar e apoiar líderes, proteger e gerir recursos (físicos e materiais) de forma a apoiar os enfermeiros que prestam cuidados de qualidade ao cliente, apoiar os enfermeiros com base nas qualificações e talento, gerir e partilhar dados para avaliar a produtividade e qualidade, criar relacionamentos com a restante equipa multidisciplinar e responsabilizar as pessoas designadas por si como elementos essenciais/responsáveis nas micro equipas (Yoder-Wise, 2019).

Marquis & Huston (2012) e Carvalho et al. (2015), definem a gestão como o processo de liderar e dirigir uma organização, mobilizando recursos de maneira eficaz e eficiente para alcançar os seus objetivos. Suas principais funções são planeamento, organização, direção e controle. O planeamento envolve antecipar e determinar as ações necessárias, enquanto a organização estabelece relações formais entre pessoas e recursos. A direção refere-se à influência comportamental por meio de liderança, motivação e comunicação, e o controle compara o desempenho atual com o esperado, identificando a necessidade de medidas corretivas. Essas funções são essenciais para o sucesso e a eficiência das organizações (Carvalho et al., 2015).

Assim, o gestor, de acordo com Carvalho et al. (2015), é a pessoa encarregada de executar as funções fundamentais de planeamento, organização, direção e controle. Marquis & Huston (2012) acrescentam que o gestor possui uma autoridade formalmente delegada pela organização, com funções e responsabilidades específicas, manipulando recursos para atingir objetivos organizacionais.

Na enfermagem, Huber (2006) define a gestão como o processo de coordenação e integração dos recursos de enfermagem para alcançar uma prestação de serviços de qualidade, eficiente e alinhada aos objetivos propostos. Nesse contexto, a gestão é vital para a organização e sustentabilidade dos serviços de saúde, sendo considerada determinante para garantir a qualidade e segurança no exercício profissional, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde (Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, 2018, p.3478).

As competências de gestão em enfermagem abrangem diversos domínios que os enfermeiros devem possuir, incluindo o desenvolvimento de práticas profissionais éticas e legais, a busca pela excelência na gestão com foco na melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, a promoção do desenvolvimento profissional e organizacional por meio da mudança, a aplicação de processos de gestão estruturados (planejamento, organização, direção e controle), e a orientação da prática clínica com base na evidência científica (Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, 2018).

Essas competências estão alinhadas com as expectativas para enfermeiros gestores, que incluem garantir práticas éticas na equipe, promover a melhoria contínua na qualidade dos cuidados, atender às necessidades dos pacientes gerenciando eficientemente a unidade ou serviço, proporcionar oportunidades de desenvolvimento para a equipe, adotar práticas baseadas em evidências científicas e desempenhar um papel ativo na definição de políticas de saúde (Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, 2015).

O enfermeiro gestor é percebido como alguém com amplo conhecimento em enfermagem, profissão e gestão, desempenhando um papel crucial no desenvolvimento profissional da equipe, na criação de ambientes propícios à prática clínica de qualidade e na gestão de vários aspectos, como recursos humanos, segurança dos cuidados, formação, risco clínico, mudança e relações profissionais (Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, 2015).

Dentro desse contexto, os enfermeiros gestores desempenham um papel dinâmico e crucial na abordagem de desafios como a rotatividade de pessoal, pois faz parte de suas responsabilidades gerenciar recursos humanos e garantir a implementação de melhorias contínuas na qualidade dos cuidados de enfermagem (Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, 2015).

Deste modo, os enfermeiros desempenham um papel crucial no sistema de saúde, sendo fundamentais para melhorar o acesso, custos, qualidade, eficiência e equidade nos cuidados de saúde. Eles atuam como elo significativo entre colegas, clientes, gestores e líderes, mobilizando conhecimentos para superar desafios. No entanto, para equilibrar prioridades, é essencial que tenham modelos de organização de cuidados e liderança a nível da unidade. (Kitson, 2013; McCormack & McCance, 2006).

É importante distinguir entre gestão e liderança. A gestão concentra-se em aspectos operacionais como planejamento, organização, prestação de cuidados e supervisão, enquanto a liderança envolve o desenvolvimento de uma visão estratégica, inspiração para a mudança e superação de fatores facilitadores e constrangedores. Ambas coexistem, sendo a gestão eficaz quando há liderança (ACN, 2013).

A liderança em enfermagem é crucial devido ao tamanho da profissão e aos desafios sociais que colocam enfermeiros em cargos de liderança mais complexos (ACN, 2013; Maier, Aiken & Busse, 2017). Os enfermeiros líderes desempenham um papel essencial na defesa do desenvolvimento estratégico e modelos de cuidados eficazes e centrados no cliente (ACN, 2015). Cinco competências cruciais para uma liderança eficaz incluem construção de equipes, tradução da visão em estratégia, comunicação interna da visão e estratégia, gestão de conflitos e gestão com foco no cliente (Huber, 2010).

Manter enfermeiros em posições de liderança é um desafio atual. Decisões desfavoráveis dos gestores, como competência inadequada, falta de envolvimento da equipe nas tomadas de decisão e recursos inadequados, podem levar ao turnover e instabilidade nas equipes (ACN, 2013). O papel do gestor na organização da unidade é crucial, já que a qualidade e segurança dos cuidados estão diretamente relacionadas à competência dos enfermeiros gestores (APEGEL, 2017).

4 - Tradução e Validação Transcultural de Instrumentos de Medida em Saúde

O processo de validação de uma escala numa outra cultura constitui um processo complexo e criterioso, exigindo grande planeamento e rigor científico (Oliveira, Kuznier, Souza & Chianca, 2018).

A adaptação transcultural de um estado de saúde através de um questionário para ser aplicado noutro país, cultura e idioma, exige uma metodologia única, de forma a alcançar a equivalência entre o original e a versão do país a que se destina. É do conhecimento atual que as medidas adotadas para a tradução transcultural não se baseiam apenas na tradução linguística, mas também na sua adaptação cultural ao país a que se destina, de forma a manter a validade de conteúdo do instrumento ao nível conceitual das diferentes culturas (Guillemin, Bombardier e Beaton, 1993).

Vilelas (2017), refere que a aplicação de um instrumento de medida numa população e culturas diferentes para a qual foi desenhado deve ser submetido a um processo rigoroso de validação que permita a sua tradução e adaptação cultural, assim como a avaliação das suas propriedades de medida. Assim, o processo da adaptação transcultural tenta produzir uma equivalência entre a fonte original e a fonte alvo, baseada no conteúdo, conservando os conceitos da escala original na língua-alvo (Beaton *et al*, 2000; Sousa & Rojjanasrirat, 2011).

A metodologia mais utilizada no processo de validação de uma escala é a metodologia proposta por Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2000), para obter uma equivalência linguística, conceptual, idiomática e, por fim, uma equivalência dos instrumentos de avaliação.

Desta forma, o processo da tradução transcultural processa-se em várias etapas, começando pela tradução direta, através da análise de conteúdo, de forma a produzir a equivalência linguística, conceptual e idiomática entre o instrumento de origem e o novo instrumento (Beaton *et al*, 2000). Assim, a tradução inicial deve ser realizada por dois tradutores fluentes em ambas as línguas e culturas, sendo que um dos tradutores terá conhecimento acerca do objetivo do estudo e da respetiva temática da escala/questionário. Nesta fase, pretende-se que cada item da língua de origem mantenha o seu significado, para a língua alvo de adaptação. Segue-se uma reunião de

peritos, na qual os dois tradutores procedem à análise de ambas as escalas/questionários traduzidas, da qual surgirá a versão final resultado de ambas as traduções (Beaton *et al*, 2000; Sousa & Rojjanasrirat, 2011).

Em seguida, tem lugar a retroversão, a qual consiste na tradução da nova versão para a língua de origem. Esta tradução é realizada por um terceiro tradutor, sem conhecimento da escala original e na área objeto de estudo, com grande domínio nas duas línguas, da qual resulta uma escala que será comparada com a escala original com a finalidade de analisar as possíveis interpretações incorretas ou ambíguas (Beaton *et al*, 2000; Sousa & Rojjanasrirat, 2011).

Posteriormente, é realizada nova reunião de peritos na qual comparam a versão original com a versão resultante da retroversão, com especial atenção para a equivalência semântica, idiomática, experimental e conceptual, avaliando item por item, conduzindo à versão final na língua-alvo de forma a ser testada (Beaton *et al.*, 2007; Bowling, 2014; Gray *et al.*, 2017; Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Vilelas, 2017).

Para finalizar esta fase, é elaborado o pré-teste, que tem como objetivo avaliar a compreensão e clareza dos itens da versão final do instrumento traduzido, permitindo esclarecer e aprimorar os itens, bem como permitir avaliar o tempo que demora a aplicação do mesmo. O referido instrumento será aplicado a uma pequena amostra da população, cerca de 30 a 40 pessoas da população-alvo do estudo (Beaton *et al.*, 2007; Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Vilelas, 2017). Todas as etapas acima referidas, de acordo com Vilelas (2017), referem-se à fase qualitativa do processo de tradução e validação de um instrumento de medida.

Procede-se de seguida, à fase quantitativa, na qual corresponde à testagem da versão traduzida numa amostra da população-alvo e a análise da equivalência psicométrica. Esta análise permite verificar se as características do instrumento original foram mantidas (Oliveira *et al.*, 2018, p.7). Deste modo, sempre que o instrumento seja aplicado em culturas diferentes, as propriedades psicométricas devem ser reavaliadas (Bowling, 2014).

A adequada avaliação psicométrica corresponde a um critério de boa qualidade de um instrumento de medida, relativamente à evidência da validade e fiabilidade (Bowling, 2014; Gray *et al.*, 2017; Kimberlin & Winterstein, 2008; Pilatti, Pedroso, & Gutierrez, 2010; Polit & Beck, 2019; Sousa & Rojjanasrirat, 2011).

Estas variáveis garantem que o instrumento avalia exatamente o que pretende avaliar e garante que se a avaliação for replicada, nas mesmas condições, com as mesmas pessoas, o resultado será idêntico (Gray et al., 2017; Ribeiro, 2007; Vilelas, 2017).

A fiabilidade de um instrumento de medida consiste na sua capacidade de medir justamente um fenómeno, sem erros de medição, garantindo resultados consistentes no tempo e no espaço definidos (Bowling, 2014; Gray et al., 2017; Pilatti et al., 2010; Polit & Beck, 2019; Scholtes, Terwee, & Poolman, 2011). Assim, é considerada uma propriedade psicométrica fundamental num instrumento de avaliação, pois depende da função do instrumento, da população alvo de estudo, das circunstâncias e do contexto, sendo que a sua ausência coloca em risco a validade das conclusões estatísticas de uma investigação, na medida em que um instrumento não pode ser confiável em diferentes condições e contextos (Keszei, Novak, e Streiner, 2010; Bowling, 2014; Gray et al., 2017; Pilatti et al., 2010).

A avaliação da fiabilidade é apresentada sob forma de um coeficiente de correlação (r), que pode variar entre 0 (ausência de correlação) e 1 (correlação perfeita). Portanto, quanto mais o valor de (r) se aproximar de 1, maior será a consistência da escala (Bowling, 2014; Gray et al., 2017).

Gray et al., 2017 e Souza et al., 2017 referem que o método mais utilizado para a avaliação da fiabilidade é através da avaliação da consistência interna. As formas de análise mais utilizadas para avaliar a consistência interna são os testes de duas metades ou bipartição (Kuder-Richardson) e o coeficiente *alfa de Cronbach* (α) (Mokkink et al., 2010). O primeiro teste é mais utilizado para escalas que são aplicadas uma vez, com respostas dicotómicas (por exemplo: certo ou errado) (Bowling, 2014; Gray et al., 2017; Waltz, Strickland, & Lenz, 2017); o segundo teste é mais utilizado em instrumentos de medida para escalas tipo *Likert* ou de escolha múltipla, com respostas por categorias que apresentam uma ordem crescente ou decrescente de valores (Aaronson et al., 2002; Almeida, 2017; Gray et al., 2017; Vilelas, 2017).

O coeficiente *alfa de Cronbach* (α) é o teste mais utilizado para a avaliação da consistência interna, sendo calculado através da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada participante, permitindo avaliar as possíveis relações entre os itens (Gray et al., 2017; Pilatti et al., 2010; Vilelas, 2017). As variáveis utilizadas no cálculo do coeficiente *alfa de Cronbach* (α) são: o número de questões do instrumento, a

variância de cada questão e a variância total do instrumento (Pilatti et al., 2010; Vilelas, 2017).

Marôco (2018, p.19), define variância como, “uma medida relativa da dispersão dos valores em torno da média”, a qual permite “identificar até que ponto os resultados se concentram ou não em redor da tendência central de um conjunto de observações” (Vilelas, 2017, p. 363).

Os valores de $\alpha = 0.80$, conferem uma boa consistência interna, contudo, valores de $\alpha > 0.60$ para escalas recém-formadas e com número de itens baixo, são considerados aceitáveis (Grove et al., 2017; Ribeiro, 2007). Valores de $\alpha < 0.60$, significam uma baixa consistência interna, o que pode corresponder a respostas dos participantes inconsistentes ou que os itens medem diferentes atributos inconsistentes (Bowling, 2014; Gray et al., 2017; Keszei et al., 2010). No quadro 2 apresenta uma escala de coeficiente *alfa de Cronbach*, proposta por Almeida (2017).

Valores de α	Interpretação
< 0,60	Inadmissível
0,60 - 0,70	Fraca
0,70 - 0,8	Razoável
0,8 - 0,90	Boa
> 0,90	Muito boa

(Almeida, 2017)

Tabela 2 - Escala de consistência interna do coeficiente *Alfa de Cronbach*

No processo de avaliação da fiabilidade, poderá ser fundamental avaliar a estabilidade temporal do instrumento, ou seja, a sua reprodutibilidade ao longo do tempo quando a condição do sujeito não se alterou. Recorre-se ao teste-reteste para esse efeito. Trata-se de um procedimento que consiste na aplicação do instrumento aos mesmos sujeitos em duas ocasiões diferentes e independentes. O momento para a sua aplicação é altamente variável, de acordo com o que os instrumentos pretendem avaliar, tendo em conta que o mais importante será a fundamentação apresentada pelo investigador referente à escolha do intervalo de tempo apresentado (Bowling, 2014; Cunha et al., 2016; Gray et al., 2017; Souza et al., 2017).

Para amostras que apresentem uma distribuição normal, o investigador, deve recorrer ao teste para amostras emparelhadas, que nos dá uma correlação de *Pearson*, em que os valores oscilam entre 0 e 1, sendo que quanto mais perto de 1 maior é a estabilidade temporal. Para uma amostra de distribuição que quebre a normalidade, o investigador, deve utilizar o método não-paramétrico correspondente, o coeficiente de correlação de *Spearman* (Gray *et al.*, 2017; Vilelas, 2017).

No que concerne à validade de um instrumento de medida, consiste no grau de precisão do instrumento em conseguir refletir e avaliar o fenómeno pretendido (Gray *et al.*, 2017), o qual tem três propriedades de medida: 1) validade de conteúdo, 2) validade de critério, 3) validade de construto. 1)Validade de conteúdo garante que os itens do instrumento de medida abrangem e representam adequadamente o que está a ser medido, a qual será validada pelos peritos e tradutores que classificam os itens da escala para a relevância do construto analisando a necessidade de itens adicionais (Gray *et al.*, 2017; Hair *et al.*, 2019; Polit & Beck, 2019). 2)Validade de critério faz a comparação entre o instrumento proposto e a outra medida conhecida que sirva de critério, ou seja, o “grau com que um método de medição se correlaciona com outros métodos já estabelecidos para o mesmo fenómeno” (Vilelas, 2017, p. 325). 3) Validade de construto faz a relação entre os conceitos teóricos e a sua operacionalização (Hair *et al.*, 2019), avalia se a escala mede o construto definido (Ribeiro, 2007; Gray *et al.*, 2017, Vilelas, 2017).

Polit (2015), Acholtes *et al.* (2011) e Souza *et al.* (2017) subdividem a validade de construto, na sua determinação, em três tipos: 1) testes de hipóteses, 2) validade transcultural e 3) validade estrutural ou fatorial. Sendo que, a validade estrutural ou fatorial é o procedimento usualmente mais utilizado para determinar a validade de construto (Ribeiro, 2007; Gray *et al.*, 2017; Vilelas, 2017).

O teste de hipótese, consiste na utilização da técnica de grupos conhecidos, em que vários grupos de diferentes indivíduos procedem ao preenchimento do instrumento de pesquisa, sendo os resultados dos grupos comparados (Hair *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2017). Contudo o número de hipóteses que devem ser confirmadas para garantir a validade do construto não é consensual (Scholtes *et al.*, 2011).

A validade transcultural, refere-se ao grau de equivalência do instrumento traduzido em relação ao original (Polit, 2015), a qual, verifica se um instrumento é capaz de capturar a dimensão hipotética de um construto, por meio da análise fatorial (Polit,

2015; Scholtes et al., 2011). Permite transformar um conjunto de variáveis iniciais, correlacionadas entre si, num conjunto de menor número de variáveis, identificados como *clusters*, com estreita relação, designadas por componentes principais (fatores). Posteriormente, o investigador deve atribuir um nome a cada fator, considerando o elemento comum que resulta da junção do respetivo *cluster* (Gray et al, 2017). De acordo com os mesmos autores, a análise fatorial pode ser dividida em dois tipos: análise fatorial exploratória e análise fatorial confirmatória.

A análise fatorial exploratória, corresponde á análise das relações que se estabelecem entre os vários itens do instrumento, agrupando os *clusters* de acordo com a proximidade da sua relação (Gray, 2017; Marôco, 2018). Este método deve ser utilizado quando não há informação *a priori* sobre a estrutura fatorial que possa explicar a correlação entre variáveis (Marôco, 2014).

A análise fatorial confirmatória, é utilizada quando há informações prévias sobre a estrutura fatorial que precisa ser confirmada (Marôco, 2014), permite confirmar e validar o número de fatores ou subcomponentes do instrumento, permitindo eliminar itens que não se relacionem com nenhum fator (Gray et al, 2017), ou seja, confirma o modelo estrutural do instrumento (Hair et al., 2019; Mokkink et al., 2010). Esta análise é recomendada para a validação de questionários pelas suas características de rigor. (Polit, 2015).

O investigador para prosseguir com a análise fatorial confirmatória, precisa de verificar se as correlações entre as variáveis originais são suficientemente elevadas. Assim, é necessário realizar a análise de componentes principais (ACP), que resulta de uma análise exploratória multivariada, que reduz a complexidade dos dados ao converter um conjunto de variáveis relacionadas num conjunto de variáveis menores não correlacionadas, as chamadas componentes principais resultantes de combinações lineares das variáveis originais (Almeida, 2017; Marôco, 2018). Desta forma, procede-se em primeiro lugar, à extração de fatores recorrendo-se ao teste de Esfericidade de *Bartlett*, o qual pretende rejeitar a hipótese nula, garantindo que as variáveis se correlacionam de forma significativa (cujos resultados devem ser $p\text{-value} < 0,001$) O teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), é “uma medida da homogeneidade das variáveis, que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis” (Marôco, 2018, p.467). Os valores com um $p\text{-value} > 0,50$ são considerados inaceitáveis. É

considerada uma boa recomendação para a utilização da análise fatorial, a obtenção de valores de $p\text{-value} > 0,8$ (Almeida, 2017; Marôco, 2018). A tabela 3 apresenta uma escala do teste de KMO, proposta por Almeida (2017).

Valores de KMO	Recomendação para ACP
0,9 - 1,0	Excelente
0,8 - 0,9	Boa
0,7 - 0,8	Média
0,6 - 0,7	Medíocre
0,5 - 0,6	Mau, mas aceitável
< 0,5	Inaceitável

(Almeida, 2017)

Tabela 3 – Escala do teste Kaiser-Meyer Olkin (KMO).

De seguida, o investigador precisa decidir qual o número de fatores mais apropriados que pode utilizar, que lhe permitam explicar o fenómeno em estudo, através do critério de Kaiser (ou valores de *eigenvalues*) (Almeida, 2017; Marôco, 2018). O critério de Kaiser, mostra que “devem reter-se os fatores que expliquem mais informação (variância) do que a informação (variância) estandardizada de uma variável original (que é 1)” (Marôco, 2018, p. 472), o qual deve ser considerado em conjunto com outros critérios como é o caso do critério do *scree plot*. Este último critério permite ver qual a importância relativa de cada fator para explicar a variância total das variáveis originais, o qual graficamente se traduz numa curva gerada por uma abrupta descida do *eigenvalue*. De forma a explicar pelo menos 50% da variância total das variáveis originais, considera-se ter de se retirar um número mínimo de fatores (Almeida, 2017; Marôco, 2018).

O investigador poderá recorrer à rotação dos fatores de forma a facilitar a interpretação dos resultados. De acordo com a literatura, a rotação de eixos fatoriais mais utilizada é a rotação *Varimax* (Almeida, 2017; Marôco, 2018), que pretende “obter uma estrutura fatorial na qual uma e apenas uma das variáveis originais esteja fortemente associada com um único fator e pouco associada com os restantes fatores” (Almeida, 2017, p. 143).

Para finalizar, são realizados testes estatísticos das propriedades de um instrumento, através de um programa informático de estatística de ciências sociais, como por exemplo o *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) (Marôco, 2018).

Ainda a considerar a amostra, para um correto processo de validação transcultural. A amostra consiste num conjunto de indivíduos de uma determinada população, sobre a qual incide o fenómeno de estudo, devendo esta ser representativa da mesma através da presença de certas características em todos os seus indivíduos. Assim, o número mínimo de respostas válidas (N), será calculado através da fórmula $N = 5 \times K$, em que K corresponde ao número de itens na escala, ou seja, por cada item terá de se ter uma amostra mínima de 5 indivíduos (Vilelas, 2017); contudo para que possa ter alguma expressão a nível científico, deverá cada item ter uma amostra de 10 indivíduos (Gray *et al.*, 2017).

Apresenta-se o processo em análise esquematizado na figura 2 e tabela 4.

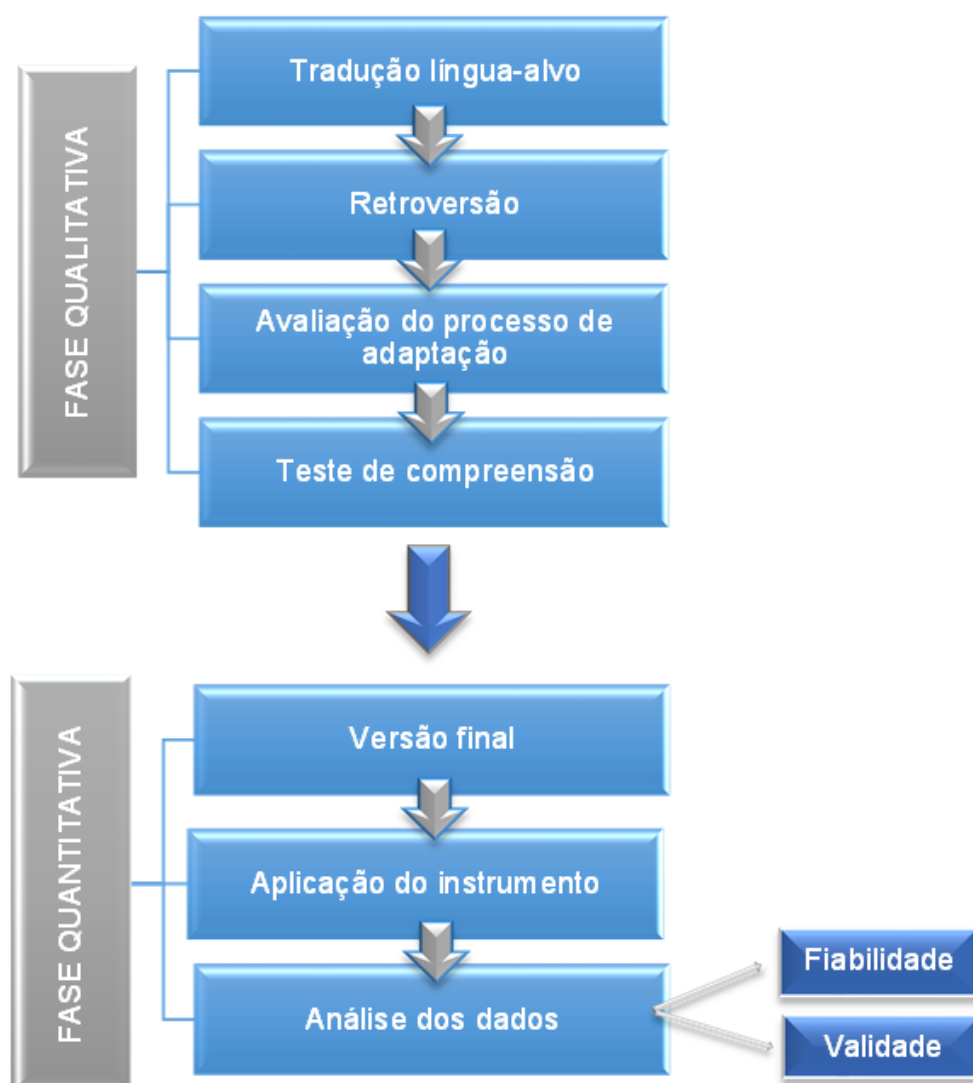


Fig. 2 – Diagrama explicativo do processo de validação de um instrumento de medida (adaptado de Beaton et al., 2000; Vilelas, 2017; Sul, 2019).

F	Realizar a equivalência linguística, concetual e idiomática.
A	➤ Realizar tradução inicial por 2 tradutores altamente qualificados, com domínio de
S	ambas as línguas e culturas, sendo um deles conhecedor da temática da escala e
E	informado sobre o objetivo do estudo.
Q	➤ Realizar reunião de peritos, os quais analisam as escalas traduzidas com origem a
U	uma versão de ambas – versão consenso.
U	Realizar uma retroversão
A	➤ A versão consenso, volta a traduzir-se para a língua-origem. Nesta fase,
L	➤ Utiliza-se um terceiro tradutor, que nunca tenha visto a escala original, com domínio
I	de ambas as línguas, sem conhecimento na área.
T	➤ É elaborada uma escala que deverá ser comparada com a versão original para
A	analisar a possibilidade de interpretações incorretas ou ambíguas
T	Realizar nova reunião de peritos
I	➤ Comparação da versão original com a versão gerada pela retroversão
V	➤ Avaliação da equivalência linguística, conceptual e cultural
A	Realizar Pré-Teste
	➤ A realização de um teste de compreensão ou pré-teste, a um grupo de 30 a 40
	indivíduos com características comuns de forma a verificar a opinião dos mesmos
	relativamente à compreensão da versão final da escala traduzida
	➤ Permite o esclarecimento e reajuste dos itens bem como medir o tempo que
	demora a aplicação da mesma.
	➤ Por fim procede-se à discussão relativamente à compreensão do significado das
	questões e se a mesma suscita quaisquer dúvidas.
FASE QUANTITATIVA	
	➤ Realização da testagem da versão traduzida numa amostra da população-alvo.
	➤ Análise da equivalência psicométrica.

Tabela 4 - Metodologia de validação psicométrica de instrumento de medida de saúde de Beaton Bombardier, Guillemin & Ferraz (2000) e Vilelas (2017).

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

O trabalho empírico compreende os seguintes componentes: o capítulo um corresponde à metodologia do estudo, na qual é descrito o tipo de estudo, a população, o instrumento de recolha de dados, o processo de tradução e de adaptação transcultural da ANLS-PT e os respetivos procedimentos e considerações ético-legais; o capítulo dois diz respeito à análise dos resultados, no qual são apresentados a caracterização da amostra e a análise das propriedades psicométricas da ANLS-PT e por fim no capítulo três são explanadas as respetivas conclusões do estudo.

1 - Metodologia do Estudo

Atualmente é dado maior ênfase à prática baseada na evidência para sustentar a tomada de decisão clínica. Esta decisão é suportada pela melhor evidência baseada na experiência dos enfermeiros, valores do cliente e nas necessidades de cuidados de qualidade, bem como nos custos efetivos de saúde (Gray, Grove, Sutherland, 2017). A importância da LAE enquanto objeto de estudo, foca-se na essência de otimizar ao máximo a percepção da liderança autêntica em enfermagem. Assim, torna-se pertinente avaliar a percepção dos enfermeiros acerca dos seus líderes. Dada a inexistência de uma escala validada para a população portuguesa, decidiu-se com este estudo efetuar a adaptação cultural e linguística do Authentic Nurse Leadership Questionnaire (ANLQ).

A nossa **pergunta de investigação** é: Será que o ANLQ apresenta boas características psicométricas para a população portuguesa?

O nosso **objetivo geral** é adaptar transculturalmente o ANLQ, dando origem à sua versão portuguesa

Como **objetivos específicos** descrevemos os seguintes:

- Traduzir para português o ANLQ
- Adaptar ao contexto cultural português o ANLQ

- Analisar as propriedades psicométricas do ANLQ

1.1 – Tipo de estudo

De acordo com a temática, questão de investigação e objetivos apresentados, o desenho do estudo delineado na dissertação de natureza científica é metodológico e descritivo-transversal, o qual define o tipo de pesquisa selecionado para dar resposta à pergunta de investigação (Grove, Sutherland & Gray, 2017).

De acordo com os mesmos autores, o método **quantitativo**, é aquele que tem por objetivo pôr em evidência relações entre variáveis por meio da verificação de hipóteses, visando a generalização à população alvo através dos resultados obtidos com amostras, recolhendo para tal metodicamente dados verificáveis junto dos participantes procedendo à sua análise através técnicas estatísticas, é baseado no rigor, objetividade e controlo. Os autores Ribeiro (2007) e Almeida (2017) referem que um estudo **descritivo-transversal** é aquele que fornece a informação acerca da população em estudo, através da utilização de um grupo representativo sendo os dados colhidos num único momento (Ribeiro, 2007; Almeida, 2017; Grove, Sutherland & Gray, 2017), obtendo-se desta maneira uma visão mais ampla (Vilelas, 2017). O principal objetivo da investigação descritiva é o retrato fiel das características dos indivíduos, situações ou grupos e a frequência com que certos fenómenos ocorrem usando estatísticas para descrever e resumir os dados (Polit & Beck, 2019). Neste estudo, foi escolhido o grupo enfermeiros de dois ACeS na área metropolitana de Lisboa, num tempo determinado - restrito ao período de investigação. Tal como refere Vilelas (2017) os estudos transversais são úteis para avaliar as necessidades de cuidados de saúde e para o planeamento destes cuidados, ou seja, vantajosa para a validação de uma escala. Almeida (2017) refere que este estudo é como tirar uma fotografia, os resultados são avaliados no momento da exposição. Assim, os estudos descritivos, pretendem relatar e investigar um fenómeno e concebem novo conhecimento sobre conceitos pouco estudados até então (Gray, Grove, Sutherland, 2017).

1.2 – População

A amostra deste estudo é **não-probabilística e intencional**. Quando se realiza um estudo, na sua maioria, não é possível estudar a população alvo na totalidade utilizando uma parcela dessa população: amostra (Almeida, 2017). A amostra não-probabilística selecionada foi intencional, uma vez que foram escolhidos indivíduos que possuem características idênticas (Vilelas, 2017).

De acordo com Pestana & Gageiro (2014), o mínimo de respostas válidas (N) deverá ser calculado pela seguinte fórmula $N = 5 \times K$, sendo k o número de questões do instrumento. Assim, o instrumento tem 29 questões (K) e a amostra mínima será de 145 enfermeiros (N). Segundo Marôco (2014), devem existir pelo menos 5 observações por cada variável presente no modelo. Acrescenta ainda uma fórmula para estimar a dimensão da amostra (n) a partir do número de itens (**p**) e fatores (**f**) do modelo, onde $r = p/f$. Assim, a fórmula é:

$$n \geq 50r^2 - 450r + 1100$$

Partindo do questionário aplicado necessitaríamos de uma amostra ≥ 290 enfermeiros.

A população alvo do estudo são os enfermeiros portugueses, mas não sendo realista a recolha de informação de todo o universo populacional, optou-se por recolher uma amostra representativa da mesma. Os **critérios de inclusão** para a seleção da amostra foram: os enfermeiros portugueses de dois ACeS da ARSLV, de acordo com a pesquisa *scoping* existem poucos estudos efetuados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) relativamente à temática em estudo.

O processo de recolha de dados será efetuado através do “google forms” dirigido aos Enfermeiros Gestores e Enfermeiros em funções de chefia das várias Unidades Funcionais (UF) de ambos os ACeS.

O tratamento dos dados recolhidos será efetuado com recurso ao programa IBM SPSS Statistics, V.25, para Windows, um programa de computador que realiza análises estatísticas para ciências sociais (Marôco, 2018; Vilelas, 2017) e IBM SPSS Amos.

O trabalho de investigação teve início em outubro de 2022, e a recolha dos dados foi realizada no período compreendido entre maio e agosto de 2023. A amostra foi constituída por 206 enfermeiros.

1.3 - Instrumento de recolha de dados

Este questionário permite uma perceção dos atributos do enfermeiro gestor/líder numa perspetiva completa e eficaz no que diz respeito ao APE, compromisso dos enfermeiros com o serviço e cuidados de enfermagem de qualidade, refletindo-se em resultados positivos nos utentes.

O instrumento de recolha de dados distribuído pela amostra é constituído por 2 partes: **Parte A** – Caracterização Geral, onde se pretendia obter caracterização sociodemográfica e profissional; **Parte B** – referente ao tema em estudo, que continha a versão portuguesa do Authentic Nurse Leadership Questionnaire (ANLQ).

A Parte A é medida com questões fechadas. A parte B identifica a perceção dos atributos de liderança autêntica pelos enfermeiros. O questionário é constituído por 29 itens, de resposta fechada tipo Likert: de 0 (Nunca) a 4 (Sempre), com cinco dimensões domínios: Autoconsciência (*Self-awareness*); Ética Moral (*Moral Ethical*); Integridade Relacional (*Relational Integrity*); Tomada de Decisão (*Share Decision Making*); Cuidar (*Caring*).

Deste modo, pela importância e pertinência do fenómeno no contexto nacional, considerou-se importante validar e adaptar para a população portuguesa uma escala que o permitisse fazer. O “Authentic Nurse Leadership Questionnaire”, desenvolvido por Giordano-Mulligan em 2019.

O instrumento é um questionário, como referido anteriormente de origem americana que tem como objetivo avaliar a perceção dos enfermeiros acerca da liderança autêntica de seus líderes, a qual tem sido alvo de estudo nos EUA nos últimos anos, com fortes indicadores da sua validade e fiabilidade. Em Portugal não existe uma ferramenta que permita avaliar a perceção dos enfermeiros acerca da sua liderança, nomeadamente

a liderança autêntica em enfermagem, sendo assim um instrumento de grande utilidade e importância para os contextos das práticas e para a enfermagem.

Sendo um processo complexo que exige rigor metodológico surgem critérios fundamentais para a obtenção da equivalência cultural, nomeadamente, a avaliação das equivalências conceituais e linguísticas e a avaliação das propriedades psicométricas, harmonizando a fidelidade e validade Beaton et al (2000); Beaton et al (2007); Sousa & Rojjanasrirat (2011); Vilelas & Basto (2011) e Vilelas (2017). Numa primeira fase procedeu-se à tradução, retradução e verificação da equivalência semântica, através de tradutores bilingues e peritos que garantiram a equivalência entre a versão original e a portuguesa, obtendo-se uma primeira versão. Numa segunda fase submeteu-se a um teste de compreensão através de um grupo de indivíduos com características comuns e, por último, e terceira fase procedeu-se à validação do instrumento.

1.3.1 – Equivalência linguística e conceptual da ANLS-PT

A equivalência linguística e conceitual da ANLS-PT, enquadra-se no estadio E - utilização em outro país e em outra língua - sendo necessário tradução e adaptação cultural do questionário para a população portuguesa (Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007).

O processo de adaptação iniciou-se após autorização formal da autora do ANLQ (Anexo I). Para uma melhor compreensão da estratégia utilizada, efetuamos um resumo que de uma forma esquemática, retrata o processo de adaptação cultural na figura 3.

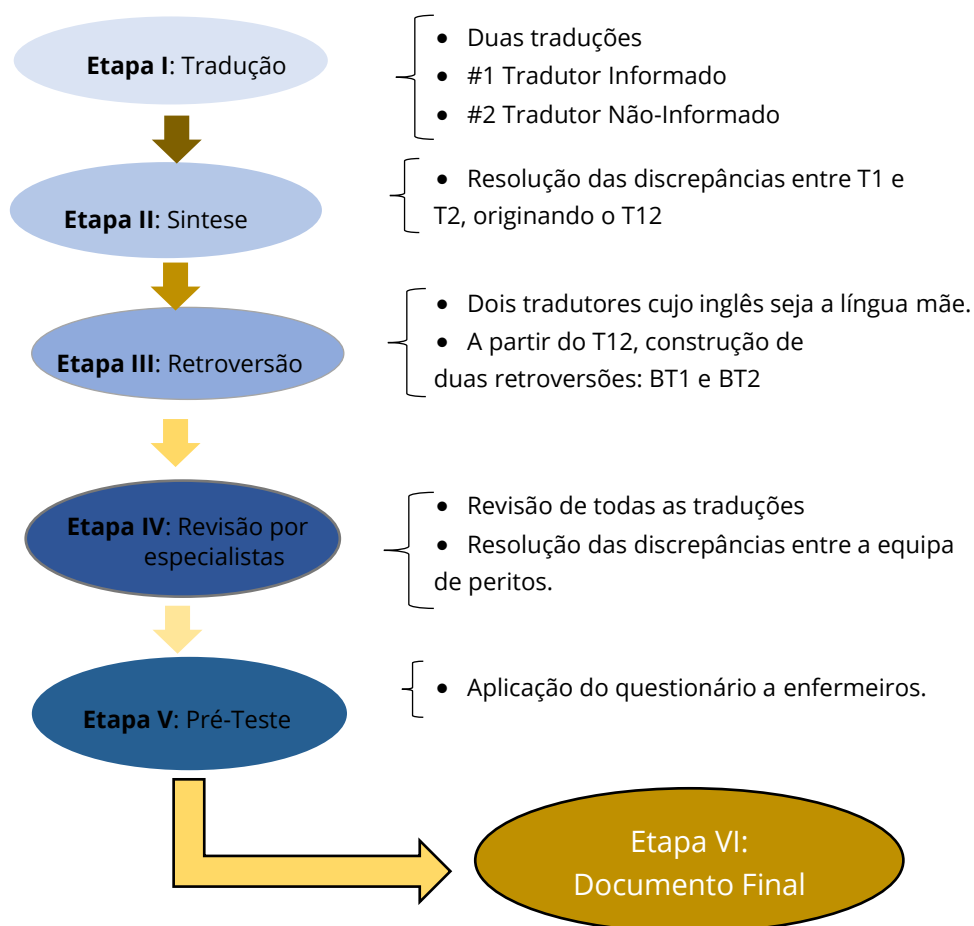


Fig. 3 - Processo de adaptação cultural

O processo de tradução e adaptação da ANLS-PT, teve início após reunião com a autora Giordano-Mulligan, por videoconferência, com a respetiva autorização formal por parte da mesma. Participaram no processo de tradução, dois tradutores, independentes, um deles com conhecimentos na área de enfermagem e um tradutor bilingue, inglês nativo e fluente em português, sem conhecimentos na área da saúde. Este processo teve enfoque tanto na dimensão lexical como na adaptação à realidade portuguesa, de forma a garantir que todos os itens mantinham o significado idêntico ao da língua original.

Posteriormente foi realizada a análise das duas versões, através de reunião constituída pela investigadora, pelo orientador e coorientador, na qual foram analisados todos os itens, individualmente, de forma a formular a versão de consenso, correspondente à 1.^a versão em português. Constatou-se que ambas as traduções apresentavam grandes semelhanças, das quais as palavras sinónimas de uma tradução para a outra mantinham o significado, visível no quadro 5:

Item	Versão A	Versão B
3	O meu enfermeiro líder tem uma visão para o futuro.	O/a meu/minha enfermeiro/a chefe tem uma visão.
5	O meu enfermeiro líder tem autoconfiança.	O/a meu/minha enfermeiro/a chefe é confiante
6	O meu enfermeiro líder está profissionalmente envolvido.	O/a meu/minha enfermeiro/a chefe é profissionalmente empenhado/a.
13	O meu enfermeiro líder nutre um ambiente de respeito.	O/a meu/minha enfermeiro/a chefe promove um clima de respeito.
20	O meu enfermeiro líder escuta atentamente a ideias, mesmo que sejam diferentes das suas.	O/a meu/minha enfermeiro/a chefe escuta com atenção as ideias, mesmo se forem diferentes das suas.

Tabela 5 - Traduções independentes do ANLQ – Versão A e B

Estes aspetos relacionados com as palavras sinónimas, foram resolvidos tendo em conta as expressões que conduziam a uma melhor compreensão das afirmações. Segue-se a etapa seguinte, a retroversão, realizada por um terceiro tradutor, desconhecedor da versão original, da qual resultou a versão retrovertida para a língua de origem – inglês. Verificou-se que todos os itens traduzidos, mantiveram o significado dos itens originais, com o apontamento para pequenas diferenças associadas a sinónimos linguísticos, visível na tabela 6:

Item	Versão A	Versão B
2	My nurse leader is open to feedback about self-improvement	The nurse leader is receptive to self-improvement suggestions
9	My nurse leader would not be influence by group pressure	The nurse leader is not influenced by peer pressure.
12	My nurse leader is trustworthy	The nurse leader is trustworthy
17	My nurse leader takes time to get to know others	The nurse leader makes an effort to get to know others

29	My nurse leader takes time for personal needs and growth	The nurse leader is invested in his/her self-development
----	--	--

Tabela 6 – Comparação da versão original com retroversão do ANLQ.

Desta forma, foram comparados os itens do questionário original com o retrovertido, com o objetivo de detetar interpretações equivocadas ou disparidades que possam interferir com o processo de tradução e adaptação. Sendo que não foram detetadas diferenças consideráveis entre os questionários, foi efetivada a 3.ª versão na língua portuguesa do questionário. Procedeu-se, desta forma, ao teste de compreensão, com base na aplicação do instrumento numa amostra de 16 enfermeiros, divididos em 3 momentos, sendo que em média demoraram 5:10 minutos a preencher o questionário (Tabela 7).

Grupos / N.º Enf.º	Tempo de preenchimento
5	4:96
5	5:14
6	5:20
MÉDIA	5,10

Tabela 7 – Tempo de preenchimento da ANLS-PT pelos 3 grupos de enfermeiros.

Foi solicitado aos enfermeiros inquiridos que se manifestassem acerca do entendimento das questões referidas no questionário expondo as que suscitassem quaisquer dúvidas. Todos consideraram o questionário de fácil compreensão e de preenchimento rápido, sendo considerada a versão final.

1.4 – Procedimentos e considerações ético-legais

A profissão de Enfermagem é amplamente norteadada por valores, princípios éticos e deontológicos na sua relação com as pessoas, na prática dos cuidados (Gray et al., 2017).

A Declaração de Helsínquia define os princípios éticos fundamentais no que respeita aos processos de tomada de decisão, de “proteger a vida, a saúde, a dignidade, a integridade, o direito à autodeterminação, a privacidade e a confidencialidade da informação pessoal dos participantes” (World Medical Association, 2013).

No presente estudo, de acordo com o relatório de Belmont (Gray et al., 2017; Polit & Beck, 2019) e Grove, Sutherland & Gray (2017), Nunes (2020), Scott (2017) foram tidos em os seguintes princípios:

- (1) o princípio da beneficência fazendo o bem para o próprio participante e para a sociedade;
- (2) o princípio da não-maleficência, avaliando os possíveis riscos, no sentido de não causar dano;
- (3) o princípio do respeito pela dignidade humana, designadamente o respeito pelo direito à autodeterminação e à liberdade de participar ou não no estudo;
- (4) o princípio da justiça, particularmente o tratamento justo e equitativo para todos os participantes;
- (5) o princípio da confidencialidade salvaguardando a informação de carácter pessoal que pode ser acedida durante o estudo.

Para este estudo foi solicitada a respetiva autorização da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), no qual a preocupação pelo respeito pelos participantes será salvaguardada garantindo o consentimento informado aos participantes, o anonimato e confidencialidade, ou seja, em momento algum os participantes serão identificados, (Bowling, 2014; Gray & Grove, 2021; Polit & Beck, 2019).

Foi-nos concedido parecer favorável da Comissão de Ética com o número 131/CES/INV/2022.

2 - Apresentação e Discussão dos Resultados

Os procedimentos estatísticos possibilitam que o pesquisador resuma, organize, interprete e comunique informações numéricas (Polit & Hungler 2004). Deste modo, após a coleta de dados, realizou-se a análise dos dados coletados usando técnicas estatísticas com o auxílio do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 24. No presente capítulo, são apresentados os resultados obtidos, através de uma análise estatística e discussão, de acordo com a literatura consultada previamente.

2.1 - Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

A amostra do estudo foi constituída por 206 enfermeiros.

Prossegue-se a caracterização sociodemográfica e profissional segundo as variáveis selecionadas, resumidas na tabela 9. De modo, a ser rigoroso na elaboração dos intervalos utilizou-se a Fórmula de Sturges, foram organizadas 9 classes para representar as diferentes faixas etárias da amostra e o tempo de exercício profissional, presente na tabela 8 (Marôco & Bispo, 2003; Guimarães & Cabral, 2010).

$K = 1 + 3,32 \text{ Log } n$
Sendo, K- Determinação de classes; n- Amostra

Tabela 8 - Fórmula de Sturges

		Frequência	%
Gênero	Feminino	195	94.7
	Masculino	11	5.3
Escalão Etário	[29;33[	1	0.5
	[33;37[	3	1.5
	[37;41[	24	11.7
	[41;45[	34	16.5
	[45;49[	39	18.9
	[49;53[	31	15.0
	[53;57[	37	18.0
	[57;61[	31	15.0
	[61;65[	6	2.9
Tempo de exercício profissional	[1;7[	1	0.5
	[7;14[	1	0.5
	[14;22[	52	25.2
	[22;29[	71	34.5
	[29;36[	64	31.1
	[36;43[	16	7.8
	[43;50[	0	0.0
	[50;57[	0	0.0
	[57;64[	1	0.5
Habilitações acadêmicas	Bacharelato	0	1.0
	Licenciatura	99	48.1
	Pós-graduação	40	19.4
	Mestrado	65	31.6
	Doutoramento	0	0
UF	UCC	54	26.2
	UCSP	41	19.9
	USF	107	51.9

	USP	4	1.9
Categoria profissional	Enfermeiro Gestor	4	1.9
	Enfermeiro Especialista	96	46.6
	Enfermeiro Generalista	106	51.5
Funções de chefia	Sim	25	12.1
	Não	181	87.9

Tabela 9: Características Sociodemográfica da Amostra (n = 206) em frequência e percentagem.

Da amostra verifica-se que 94.7% dos participantes que responderam ao questionário são do género feminino, ou seja, a esta categoria está representada maioritariamente na amostra, o que traduzem a tendência histórica da profissão, de acordo com o Instituto Nacional de Estatísticas (2021), em 2021 havia 82.4% dos enfermeiros do género feminino, tal como se verifica no gráfico um.

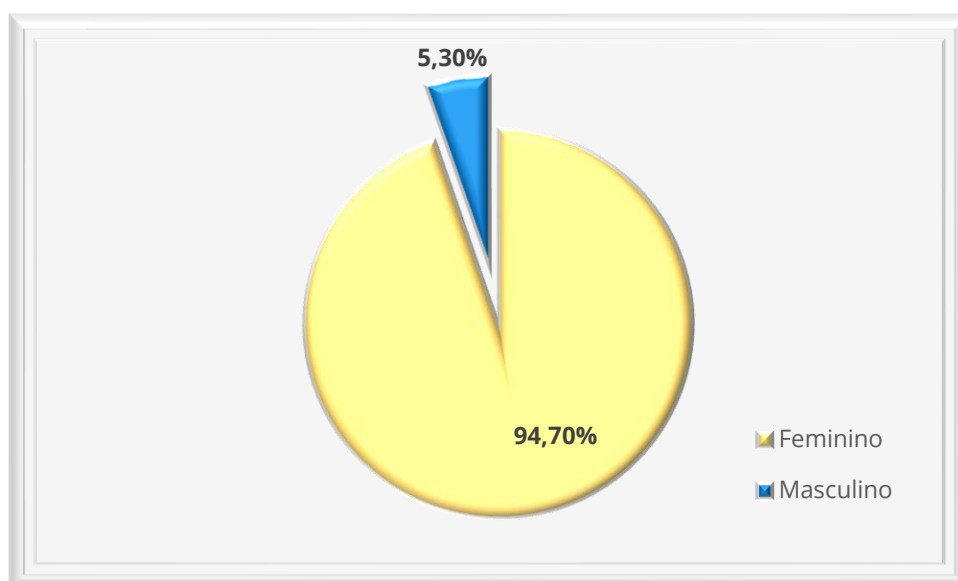


Gráfico 1 – Caracterização da amostra referente ao género

No que diz respeito ao escalão etário verifica-se que a maioria compreende entre os 45 e os 49 anos (18.9%) e entre os 53 e os 57 anos (18%), como mostra o gráfico dois. A média de idade é de 49.04 anos de idade, ou seja, a amostra é maioritariamente jovem/adulta. A idade mínima de 29 anos e a máxima de 63 anos.

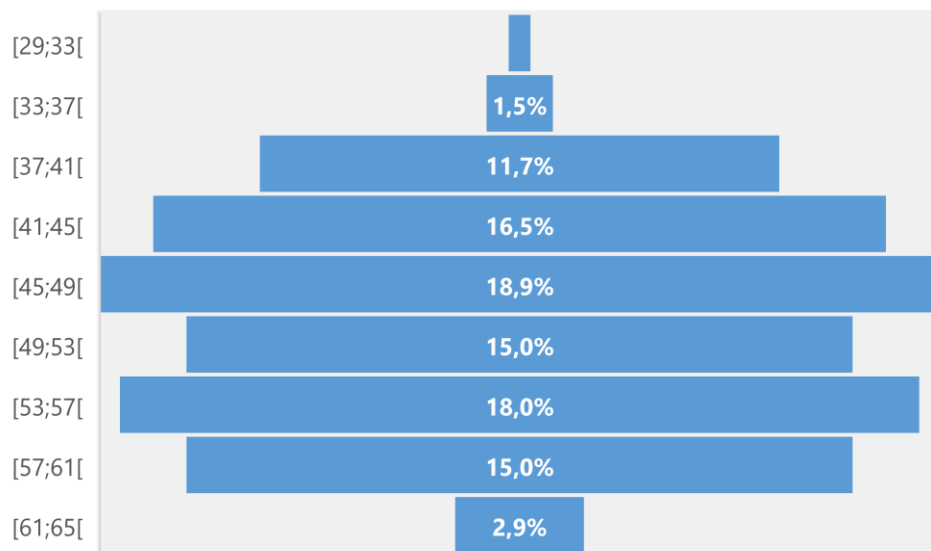


Gráfico 2 – Caracterização da amostra referente ao escalão etário

Em relação ao tempo de exercício profissional destaca-se na amostra que a maioria exerce a profissão há 22 a 29 anos (34.5%) a par com os que exercem a profissão há 29-36 anos (31.1%), podendo ser verificado no gráfico três. O tempo máximo é de 59 anos, revelando uma média de 26.26 anos de idade.

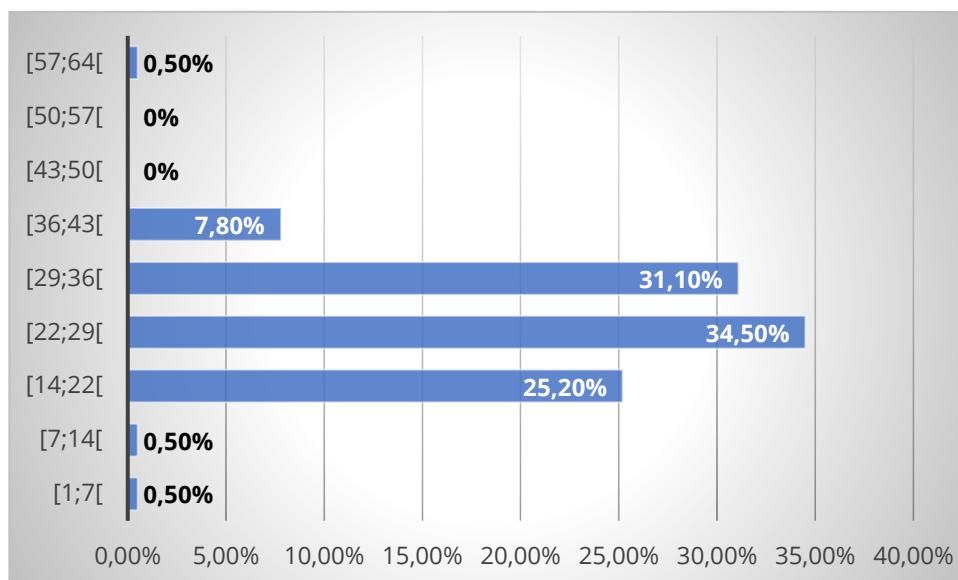


Gráfico 3 – Caracterização da amostra referente ao tempo de exercício profissional

Relativamente às habilitações académicas, predomina a Licenciatura com 48.1% com exceção de 1% dos enfermeiros ainda com o grau de bacharelato. De salientar, que os enfermeiros que possuem formação académica posterior à licenciatura correspondem a 19,4 % com pós-graduação e 31,6% com mestrado. Nesta amostra nenhum dos enfermeiros apresenta grau de doutorado.

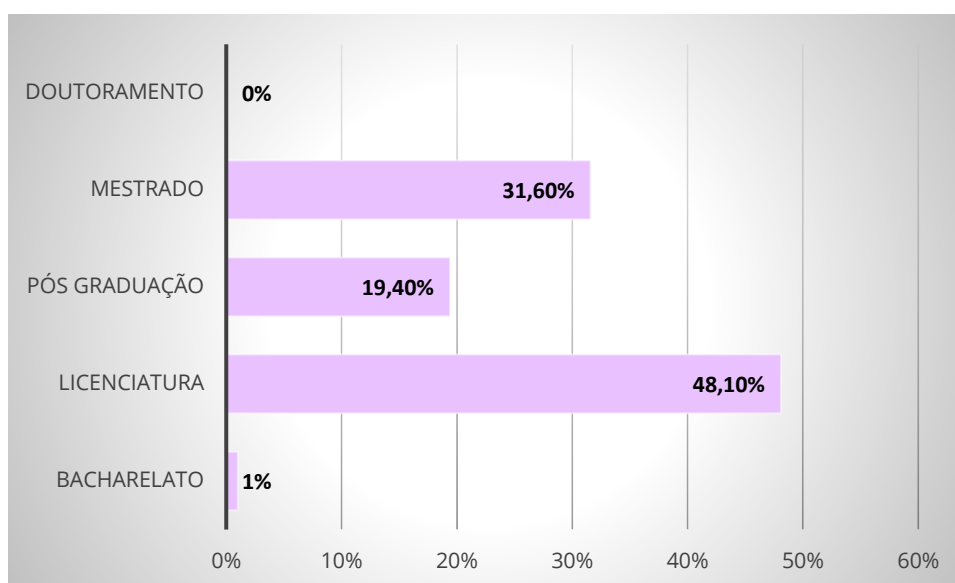


Gráfico 4 – Caracterização da amostra referente às habilitações académicas

Na distribuição da amostra por UF verifica-se a maioria dos enfermeiros exercem funções em Unidades de Saúde Familiares (USF), representado com 51.9%, seguido das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) em 26.2%. Nas Unidades de Cuidados Personalizados (UCSP) exercem 19.9% e por fim nas Unidades de Saúde Pública (USP) com 1.9%.

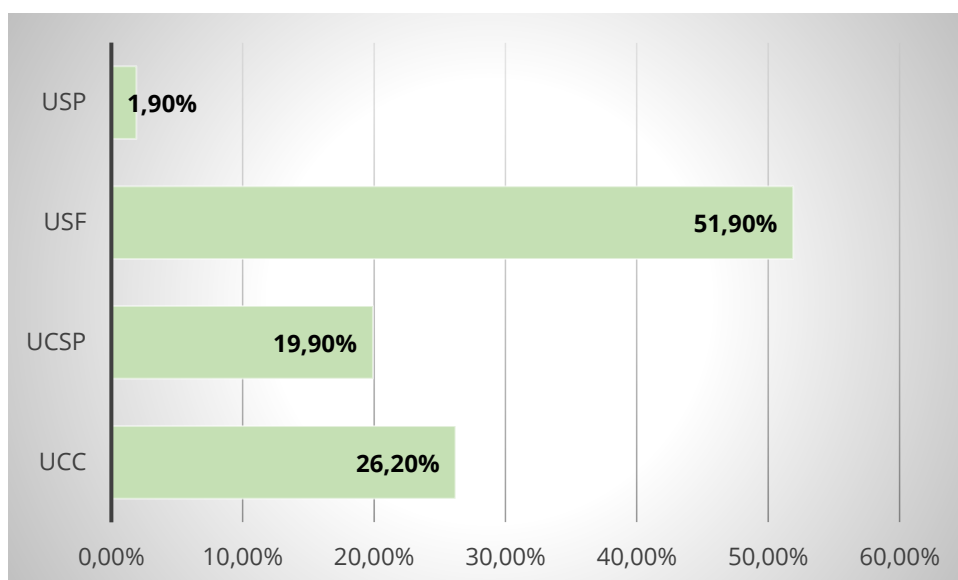


Gráfico 5 – Caracterização da amostra referente à distribuição dos enfermeiros por UF

Relativamente à categoria profissional (gráfico 6), a carreira de enfermagem em vigor, à data da colheita de dados, prevê três categorias, enfermeiro generalista, enfermeiro especialista e enfermeiro gestor. Assim, constata-se que 51.5% da amostra são enfermeiros generalistas, imediatamente seguido de 46.6% de enfermeiros especialistas, sendo a minoria correspondente à categoria de enfermeiro gestor, com 1.9%.

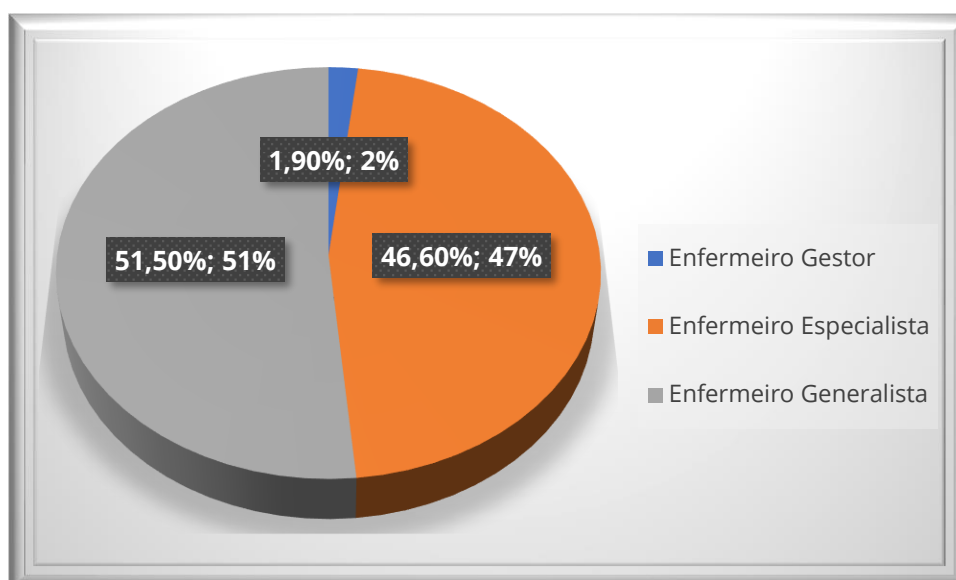


Gráfico 6 – Caracterização da amostra referente à categoria profissional

No que diz respeito ao exercício de funções de chefia, está representada em 12% da amostra, de entre os 47% de enfermeiros especialistas, sendo esta a condição para o desempenho destas funções, de acordo com o seu conteúdo funcional (DL).

No gráfico 7 podemos observar que apenas 12% da amostra exerce funções de chefia.

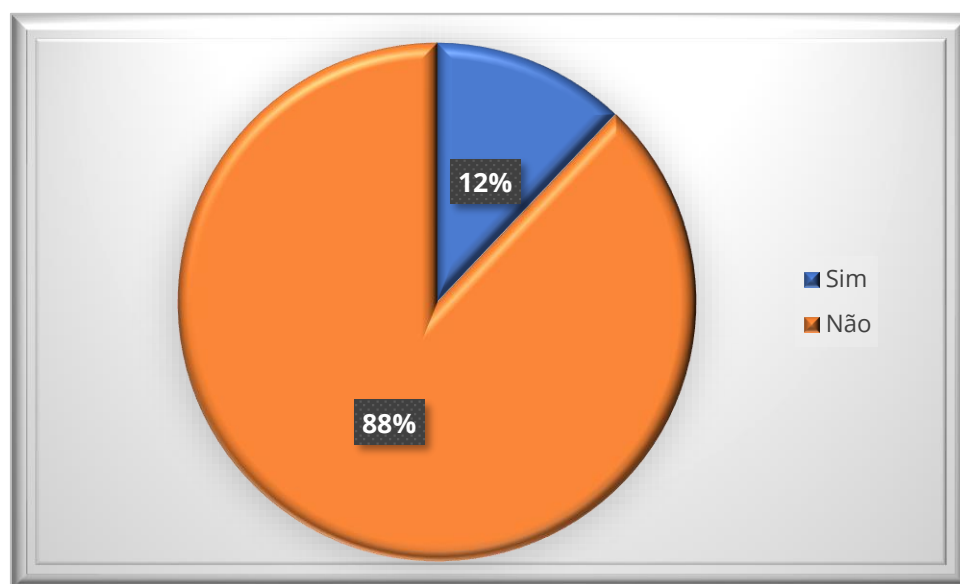


Gráfico 7 – Caracterização da amostra referente às funções de chefia

2.2 - Análise das propriedades psicométricas da ANLS-PT

Resultante da aplicação do questionário a uma amostra de 206 enfermeiros, avaliou-se de seguida as propriedades psicométricas: fiabilidade e validade (Vilelas, 2017; Vilelas & Basto, 2011; Marôco, 2014).

2.1.1 – Fiabilidade

Tal como refere Vilelas (2017), Vilelas & Basto (2011) e Souza et al. (2017) os critérios de avaliação de fiabilidade são a estabilidade e a consistência interna. A fiabilidade do questionário ANLS-PT foi comprovada pela estabilidade ou fidelidade temporal ou consistência externa através da sua reprodutibilidade com a aplicação do teste-reteste a vinte e dois (22) enfermeiros, em dois momentos diferentes, com o intervalo de cerca de duas semanas (Aguiar, 2007; Vilelas, 2017).

Já a fidelidade interna ou consistência interna a técnica para avaliar o grau da mesma foi o cálculo do coeficiente alfa (α) de *Cronbach*. O valor dos coeficientes varia entre 0,00 e 1,00 (Vilelas, 2017; Vilelas & Basto, 2011). Os estudos determinam que valores abaixo de 0,70 são considerados satisfatórios e acima de 0,90 são considerados excelentes (Marôco, 2014; Souza et al., 2017).

Deste modo, e partindo dos vinte e nove (29) itens, da versão original, procedeu-se à análise do estudo de fiabilidade, determinando a consistência interna de Alfa de *Cronbach* (Vilelas, 2017; Vilelas & Basto, 2011; Souza et al., 2017). A fiabilidade do questionário foi de $\alpha = 0.97$. Os resultados obtidos revelaram que o instrumento de recolha de dados tem uma **excelente fiabilidade**. De acordo com o que foi realizado pelos autores, determinou-se o coeficiente para cada uma das dimensões. As dimensões representadas na tabela 10 demonstram, os valores de Alfa *Cronbach* para as dimensões da ANLS-PT. Observa-se que a dimensão 1: Cuidar e Tomada de Decisão ($\alpha = 0,98$) e a dimensão 2: Autoconsciência ($\alpha = 0,95$), apresentam uma consistência muito boa e a dimensão 3: Integridade Relacional e Ética ($\alpha = 0,85$) é considerada boa (Almeida, 2017).

Dimensões	Siglas	N.º de Itens	Alfa-Cronback
1: Cuidar e Tomada de Decisão / Caring and Decision Making	CDM	16	0.98
2: Autoconsciência / Self-Awareness	SA	8	0.95
3: Integridade Relacional e Ética / Integrity and Relational Ethics	IRE	3	0.85

Tabela 10 - Valores de coeficiente de fiabilidade para cada dimensão da ANLS-P.

A existência de fiabilidade adequada é necessária, mas não suficiente para garantir validade (Vilelas, 2017). Desta forma, para garantir que a ANLS-P mede o que se propõe medir procurou-se aferir a validade do instrumento.

2.2.2 – Validade

Tal como foi referido anteriormente existem três tipos de validade: validade de conteúdo, validade de constructo e validade de critério (Vilelas, 2017; Vilelas & Basto, 2011; Marôco, 2014; Souza et al., 2017).

A validade de critério estabelece a comparação entre a medida proposta e outra medida (teste conhecido) que serve de critério e avalia a sensibilidade para o mesmo aspeto (Vilelas, 2017; Souza et al., 2017). Não foi realizada neste estudo, por desconhecermos a existência de outro instrumento que servisse de comparação.

A validade do conteúdo está intimamente ligada à conceção do instrumento, logo, foi considerada durante a sua construção (Vilelas, 2017; Vilelas & Basto, 2011; Souza et al., 2017). Tal como descrito anteriormente, neste estudo foi assegurada a validade de

conteúdo através de um pré-teste e recorrendo-se a peritos na matéria no domínio a investigar.

Neste capítulo explanamos a validade de constructo, sendo avaliada por procedimentos denominados de análise fatorial, através de análises estatísticas SPSSversão 24 (Vilelas, 2017; Marôco, 2014). Este tipo de validade é, por excelência, a procura da utilidade científica do instrumento, bem como simplificar um conjunto de dados. Neste estudo a análise fatorial vai simplificar a matriz de correlações. Deste modo, a análise fatorial permitirá identificar novas variáveis, denominadas de fatores, para explorar padrões nessas correlações.

Iniciámos o estudo dos resultados extraídos do programa estatístico SPSS® com 29 itens do questionário aplicado. Realizámos o método medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de *Bartlett*'s (Almeida, 2017; Marôco, 2014), no sentido de averiguar se os nossos dados eram viáveis para utilização na análise fatorial, bem como aferir a qualidade das correlações (Almeida, 2017). Verificámos que o KMO, apresentou um valor de **0,97** o que indica, existir uma correlação **excelente** (Almeida, 2017), entre as variáveis da ANLS-P, pelo que a análise de componentes principais pode ser realizada recorrendo a rotação varimax, tal como referido na tabela 10. O teste de esfericidade de *Bartlett* apresenta $p\text{-value} < 0,001$ com uma significância inferior a 0,05, pelo que demonstrou uma excelente recomendação para a utilização da análise fatorial (Grove, Sutherland & Gray, 2017).

De seguida efetuou-se a análise fatorial exploratória tendo por base os 29 itens. Para determinar o número de dimensões interpretáveis examinou-se o *scree plot*, considerando-se fatores quando os *eigenvalues* fossem superiores ou iguais a 1. Os critérios usados para a escolha da melhor estrutura fatorial foram dois ou mais itens por dimensão e Alphas de Cronbach, superiores a 0,70. Na escolha dos itens para cada fator seguiram-se os seguintes critérios: 1º - Coeficiente de saturação (*Factor Loading*) superior a 0,40 num fator, 2º fator com maior peso fatorial.

Após os resultados obtidos e analisada a matriz fatorial, foram formuladas três dimensões, que mostram os coeficientes ou pesos (*loadings*) que correlacionam os itens

com o fator (tabela 11). Nesta análise não caiu nenhum dos itens, mantendo-se o questionário com os 29 itens do original.

Itens	Componentes		
	1 CMD	2 SA	2 IRE
10 - O enfermeiro líder atua de forma isenta e sem benefício pessoal.	0,592		
11 - O enfermeiro líder assume a responsabilidade quando comete um erro.	0,680		
12 - O enfermeiro líder é de confiança	0,670		
16- O enfermeiro líder partilha abertamente informação, através de uma comunicação eficaz.	0,730		
17- O enfermeiro líder procura conhecer os outros.	0,685		
18- O enfermeiro líder procura conhecer as opiniões dos outros antes de tomar decisões.	0,728		
20 - O enfermeiro líder escuta atentamente as ideias, mesmo que sejam diferentes das suas	0,795		
21- O enfermeiro líder encoraja novas ideias.	0,749		
22- O enfermeiro líder acompanha os assuntos que necessitam de atenção.	0,711		
23- O enfermeiro líder é acessível.	0,760		
24 - O enfermeiro líder preocupa-se comigo.	0,807		
25- O enfermeiro líder é compassivo.	0,754		
26 - O enfermeiro líder é empático.	0,971		
27- O enfermeiro líder é sensível às necessidades dos outros.	0,803		
28- O enfermeiro líder incentiva o desenvolvimento pessoal da equipa.	0,759		
29- O enfermeiro líder investe no seu desenvolvimento pessoal	0,622		
1- O enfermeiro líder é uma pessoa atualizada.		0,783	
2- O enfermeiro líder é recetivo a sugestões de autoaperfeiçoamento		0,653	
3- O enfermeiro líder é uma pessoa visionária		0,746	
4- O enfermeiro líder é visível / presente		0,645	
5- O enfermeiro líder é confiante		0,765	
6- O enfermeiro líder é profissionalmente empenhado		0,765	
7- As ações do enfermeiro líder refletem valores fundamentais, mesmo em situações difíceis.		0,698	
8- As decisões do enfermeiro líder são baseadas em elevados padrões éticos.		0,648	
9- O enfermeiro líder não é influenciado pela pressão do grupo.			0,858
13- O enfermeiro líder é respeitado e promotor de um clima de respeito.			0,326

14- O enfermeiro líder não julga os outros.			0,718
15- O enfermeiro líder mantém-se positivo mesmo em situações difíceis.			0,317
19- O enfermeiro líder reflete sobre as suas decisões antes de agir.			0,330
Cronbach's alpha	0.98	0.95	0.85
N. ° Itens	16	8	5

Tabela 11: Valores de coeficiente da Análise Fatorial

Decorrente desta análise, e considerando as cinco dimensões do instrumento original, os itens que as constituem, bem como os constructos teóricos que estão na base da liderança autêntica, definimos as **três dimensões** decorrentes dos três fatores: Sendo assim, a **dimensão 1** inclui 16 variáveis tais como: 10, 11, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 e 29, e explica 39,633 da variância total. Este fator remete-nos para os atributos do enfermeiro líder no cuidar e tomada de decisão. Esta dimensão explora os atributos do enfermeiro líder no que diz respeito à sua capacidade de tomada de decisão baseada na evidência científica, tendo em consideração a ética pessoal e os outros bem como a empatia, estando consciente das suas necessidades e nas necessidades dos outros. Trata-se de cuidar de si e dos outros de forma altruísta, sem interesse ou ganhos pessoais.

O **fator 2** inclui 8 variáveis tais como: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8, e explica 27,303 da variância total. Esta dimensão reporta-nos à autoconsciência, uma vez que se refere à motivação interna, visão pessoal, resiliência, confiança do enfermeiro líder.

O **fator 3** contém 5 variáveis tais como: 8, 13, 14, 15 e 19, e está relacionado com a integridade relacional e ética, e explica 8,666 da variância total. Esta dimensão refere-se à habilidade inata do enfermeiro líder de se conectar com os outros, de estar disponível para comunicar e ouvir, partilha experiências, ser honesto, confiável, respeitoso e na autorregulação das suas crenças, na capacidade de dar resposta sob pressão, sabe o que fazer de acordo com as situações.

Estas dimensões/fatores encontram-se delineados na tabela 12, com a respetiva variância explicada.

Dimensão/Fatores	Itens Incluídos	N.º de Itens	Variância total explicada
1: Cuidar e Tomada de Decisão	10, 11, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29	16	39,633
2: Autoconsciência	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	8	27,303
3: Integridade Relacional e Ética	8, 13, 14, 15, 19	5	8,666

Tabela 12: Redefinição das dimensões para a ANLS-PT

A avaliação fatorial da ANLS-PT numa amostra de enfermeiros foi avaliada por intermédio de uma análise fatorial confirmatória com software AMOS. A fiabilidade compósita e a variância extraída média para cada fator foram avaliadas como descrito em Marôco (2017). A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahalabis (D2) e anormalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (Sk) e a curtose (Ku) uni e multivariada. Nenhuma variável apresentou valores de Sk e Ku indicadores de violações severas à distribuição normal ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$). A qualidade de ajustamento global do modelo fatorial foi feita de acordo com os índices respetivos valores de referência a saber: CMIN, CFI, Delta2, RMR, PCMIN/DF, GFI, PCFI, RMSEA, P [rmsea < ou = 0,05], MECVI e SRMR. A qualidade e do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens. O ajustamento do modelo foi feito a partir dos índices de modificação (superiores a 11; $p < 0,001$) produzidos pelo AMOS e com base em modificações teóricas.

O modelo de três fatores da ANLS-PT, ajustado a uma amostra de 206 enfermeiros, demonstrou boa qualidade de ajustamento, refletindo uma solução fatorial estável. Os índices e valores de referência que sustentam essa conclusão são os seguintes:

- **CMIN=1123.882:** O qui-quadrado ajustado pelo número de graus de liberdade sugere que o modelo é consistente com os dados observados.

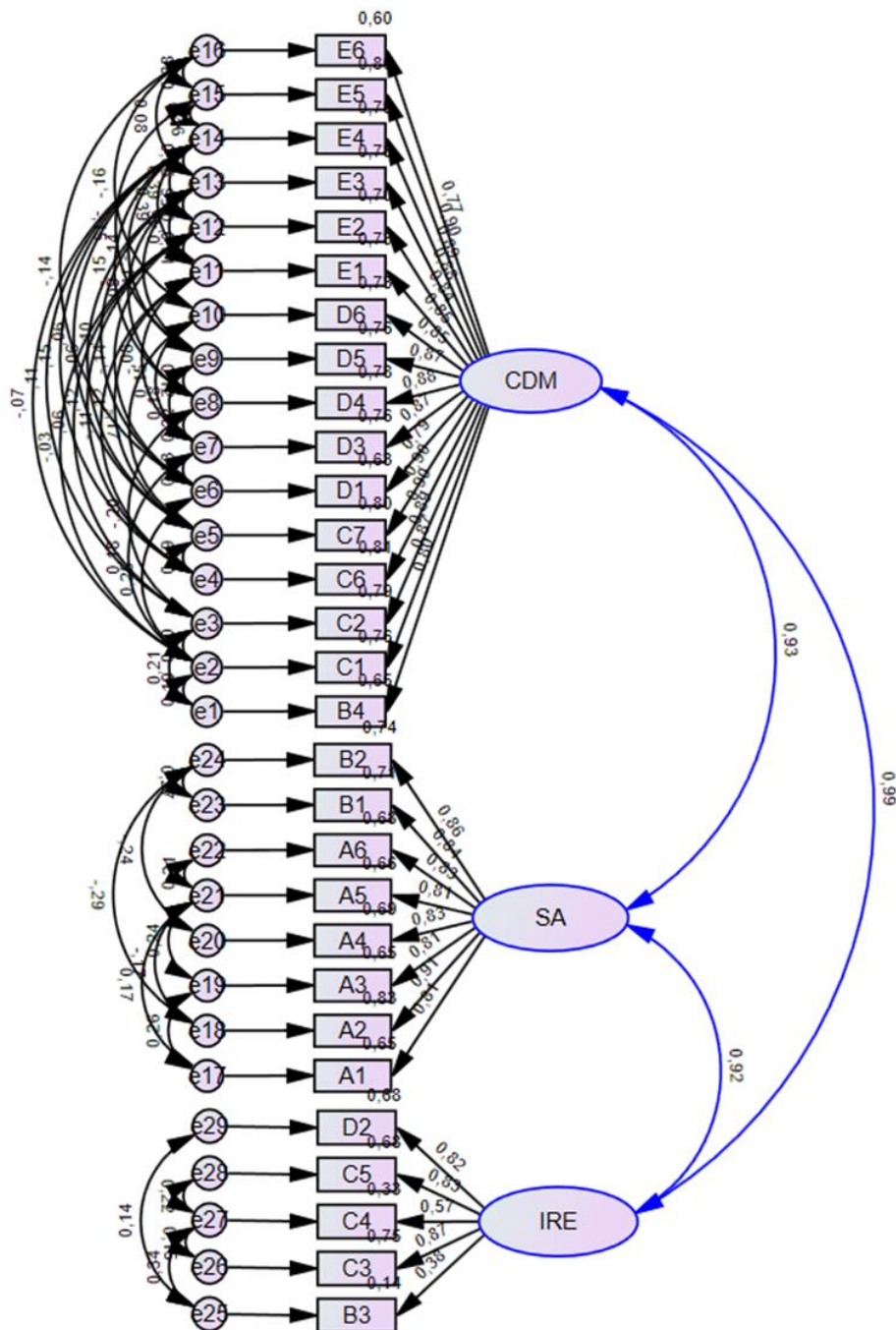
- **CFI=.895** e **Delta2=.895**: O Comparative Fit Index e o Incremental Fit Index, ambos próximos de 0.90, indicam um bom ajustamento do modelo.
- **RMR=.034**: O Root Mean Square Residual, que mede a média das diferenças entre os valores observados e os valores previstos pelo modelo, é baixo, indicando um bom ajuste.
- **PCMIN/DF=3.005**: A razão entre o qui-quadrado ajustado e os graus de liberdade está dentro do intervalo aceitável, sugerindo um modelo adequado.
- **GFI=.696**: O Goodness of Fit Index, embora ligeiramente abaixo do valor convencional de 0.90, ainda oferece suporte ao modelo considerando outras métricas.
- **PCFI=.824**: O Parsimony Comparative Fit Index, ajustado para o número de parâmetros estimados, é adequado.
- **RMSEA=.098**: O Root Mean Square Error of Approximation está próximo do limite aceitável de 0.10, e a significância associada ($P=.000$) confirma a razoabilidade do ajuste, mesmo que o valor ideal seja inferior a 0.05.
- **MECVI=6.119**: O Model Expected Cross-Validation Index, que compara o ajustamento do modelo com uma amostra ideal, sugere um bom ajuste comparativo.
- **SRMR=.0268**: O Standardized Root Mean Square Residual é baixo, indicando que as diferenças entre os valores observados e previstos são pequenas.

Esses índices combinados mostram que o modelo possui uma estrutura fatorial estável e adequadamente ajustada à amostra, justificando a sua utilização e interpretação no contexto dos dados analisados.

NA figura 4 apresentam-se os valores do modelo de três fatores da ANLS-PT, em termos de ajuste local, nomeadamente dos pesos fatoriais estandardizados e da fiabilidade individual de cada item. Como se pode observar, todos os itens apresentam pesos fatoriais estandardizados: e2-e3, e23-e24, e2-e6, e15-e16, e17-19, e25-e27, e4-e5,

e4-e12, e4-e14, e18-e21, e21-e22, e25-e29, e27-e28, e3-e8, e5-e11, e5-e13, e18-e24, e19-e21, e1-e3, e3-e12, e3-e14, e6-e7, e6-e12, e20-e24, e26-e27, e1-e2, e2-e7, e2-e12, e2-e14, e7-e8, e7-e9, e17-e21, e4-e11, e6-e16, e7-e10, e7-e11, e8-e14, e9-e14, e12-e13, e5-e14, e6-e13, e8-e8, e8-e13, e10-e16, e11-e12, e11-e13, e13-e14, e5-e10, e9-e13, e9-e15, e11-e14, e12-e14, e13-e16, e14-e15. Após a correção dos erros fatoriais revelou o resultado do modelo fatorial final.

Figura 4: Modelo de três fatores da ANLS-PT.



Esses dados indicam uma forte correlação entre diversos pares de itens, refletindo a presença de relações complexas entre as variáveis observadas. A análise dos pesos fatoriais estandardizados e a correção dos erros fatoriais permitiram a obtenção de um modelo fatorial final mais preciso. Todos os itens apresentam pesos fatoriais estandardizados significativos, indicando que cada item contribui de maneira robusta para o fator ao qual está associado. Isso sugere que os itens são bons indicadores dos fatores subjacentes. A correlação entre erros fatoriais de pares de itens (por exemplo, e2-e3, e23-e24, etc.) foi identificada e ajustada, o que é um procedimento comum em modelagem de equações estruturais para melhorar o ajustamento do modelo. Essas correlações indicam que há variabilidade compartilhada entre os itens além do que é explicado pelos fatores, o que pode ocorrer devido a similaridades de conteúdo ou efeitos de método. A fiabilidade individual de cada item foi avaliada, garantindo que cada um mede consistentemente o construto ao qual está associado. Itens com alta fiabilidade individual reforçam a robustez do modelo.

Após a correção dos erros fatoriais, o modelo fatorial final apresentou um bom ajuste global, refletido nos índices de ajuste apresentados anteriormente (CFI, RMSEA, SRMR, etc.). Isso significa que o modelo ajustado explica adequadamente as covariâncias entre os itens.

Essas análises e ajustes contribuem para a validade do modelo fatorial, assegurando que ele representa de maneira precisa a estrutura subjacente dos dados coletados dos enfermeiros. Assim, o modelo final é considerado adequado e confiável para medir os construtos propostos pela ANLS-PT.

3 - Conclusões

A LAE enquanto objeto de estudo, foca-se na essência de otimizar ao máximo a percepção da liderança autêntica em enfermagem, orienta o desenvolvimento dos enfermeiros líderes colocando-os a um nível que lhes permite alcançar resultados de alta qualidade (Wong, 2010). Os Líderes de enfermagem que modelam a autenticidade, comportamentos de integridade pessoal, articularam e definem metas guiadas por princípios éticos e morais, coragem, que modelam esses atributos em concordância com seus valores, mesmo sob pressão, apesar da complexidade e prioridades concorrentes, estão a praticar a arte de Liderança (Avolio, 2004). Assim, a validação de uma escala para a população portuguesa, que permita identificar a percepção dos atributos de liderança autêntica pelos enfermeiros, dar apoio a um ambiente de trabalho saudável e promover o envolvimento dos enfermeiros, colmata esta lacuna.

No decorrer do processo de análise psicométrica da ANLS-PT, verificamos que apresenta excelente fiabilidade e validade, podendo ser usado de forma segura, em Portugal. Há claramente uma falta de evidência científica no que diz respeito à avaliação da liderança em enfermagem nos seus contextos, que causa impacto nos contextos de trabalho, no ambiente da prática de cuidados, nos cuidados prestados e na valorização dos enfermeiros. Assim, a validação de uma escala que permita avaliar a liderança autêntica para a população portuguesa, ANLS-PT, permite colmatar esta lacuna.

Os resultados deste estudo indicam que o ANLS-PT pode ser utilizado de forma segura, pois seguiram todos os passos metodológicos de forma sistemática e alcançaram bons resultados quanto à sua fiabilidade e validade. A fiabilidade individual de cada item foi avaliada, garantindo que cada um mede consistentemente o construto ao qual está associado. Itens com alta fiabilidade individual reforçam a robustez do modelo.

A validade de conteúdo foi assegurada logo na conceção do instrumento através de um pré-teste e pela equipa de peritos. Conclui-se que a linguagem da profissão exige uma tradução cuidadosa, a fim de melhorar a probabilidade de que a linguagem usada para descrever determinados conceitos, seja equivalente, entre países.

As dimensões de um modo geral sofreram alterações relativamente ao teste piloto realizado pela autora da escala. Este fato deve-se ao fato de por um lado ser uma realidade de cultural diferente e por outro a política de saúde também diferente que nos

levou a uma adaptação mais completa e complexa. No entanto, não se verificou a existência de nenhum artigo com este tipo de análise (análise fatorial do tipo confirmatória), assinalado como limitação no estudo piloto, não sendo possível comparar resultados, mas apenas conclusões.

Os resultados demonstram que o modelo de três fatores da ANLS-PT possui uma estrutura fatorial estável e bem ajustada, refletindo boa fiabilidade e validade. A análise detalhada dos pesos fatoriais estandardizados, das correlações entre erros fatoriais e da fiabilidade individual de cada item, bem como os índices globais de ajustamento, sustentam a robustez e precisão do modelo. Portanto, o modelo final é adequado e confiável para uso em pesquisas e avaliações relacionadas aos construtos propostos, garantindo a sua utilidade na prática profissional em Portugal.

Conclui-se que a ANLS-PT, com o modelo de três dimensões, poder ser utilizada em qualquer nível de cuidados de saúde do sistema de saúde português, pois apresenta excelentes características psicométricas.

Como limitações para o estudo considera-se o facto de apenas ter sido possível aplicar o questionário em dois ACeS da ARSLVT, ainda que de referência a nível nacional. Seria útil ampliar este estudo a nível nacional e nos diferentes contextos de prática de cuidados.

Como **implicações para a investigação**, este trabalho permite facultar à comunidade científica um instrumento de colheita de dados validado para a cultura e contexto português.

Como **implicações para o contexto da prática**, este estudo permite facultar aos enfermeiros gestores uma ferramenta que quando aplicada aos enfermeiros da prática permite a obtenção de resultados que indicam a confiança dos enfermeiros, relativamente a sua função de liderança autêntica.

Referências

- AACN (2013). Competencies and Curricular Expectations for Clinical Nurse Leader Education and Practice. *American Association of Colleges of Nursing*. 2013 (outubro), 1-43. <http://faculty.sites.uci.edu/ncrc/files/2016/01/60.pdf>
- Adriaenssens, J., Hamelink, A., & Van Bogaert, P. (2017). Predictors of occupational stress and well-being in First-Line Nurse Managers: A cross-sectional survey study. *International Journal of Nursing Studies*, 73, 85-92. <https://doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.05.007>.
- Aguiar, Pedro (2007). *Guia Prático de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Aiken, L. H., & Patrician, P. A. (2000). Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153.
- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., Neff, D. F. (2011). Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *Medical Care*, 49(12), 1047-1053. <https://doi:10.1097/mlr.0b013e3182330b6e>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187-194. Doi:10.1067/mno.2002.126696.
- Almeida, S. (2017). *Estatística Aplicada à Investigação em ciências da Saúde- Um guia*
- Almeida, S., Nascimento, A., Lucas, P. B., Jesus, E. & Araújo, B. (2020). RN4CAST study in Portugal: Validation of the portuguese version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Aquichan*. 20(3): e2038. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.8>
- Amaral, A.F.S.; Ferreira, P.L.; Vidinha, T.S.S; Cardoso, M.L.S. 2013. A percepção dos enfermeiros acerca do ambiente da prática dos cuidados em quatro hospitais da região centro. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 75-81.

- Andrade, C. (2016). Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem – Impacto na Qualidade dos Cuidados de Saúde. [Dissertação de Mestrado]. Lisboa.
- Antum, A.; Ming, X.; Siddiqi, A.; Rasool, S. (2018) An empirical study analyzing job productivity in toxic workplace environments. *International Journal of Environ Res Public Health*. 15(5). Doi: 10.3390/ijerph15051035
- Antunes, A. (2013). *A Liderança nas Organizações Positivas: Estudos de Caso em Portugal*. [Tese de Doutoramento, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/4399>.
- Anunciada, S., Benito, P., Gaspar, F. & Lucas, P. (2022). Validation of Psychometric Properties of the Nursing Work Index—Revised Scale in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 4933. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094933>
- APEGEL. (s.d.). Referencial de competências para enfermeiros na área da gestão. <http://www.apegel.org/pages.aspx?pg=pagina14>
aplicações. 2ª ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber
- Asiri, S. A., Rohrer, W. W., Al-Surimi, K., Da'ar, O. O., & Ahmed, A. (2016). The association of leadership styles and empowerment with nurses' organizational commitment in an acute health care setting: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 15(1), 1–10. <https://doi:10.1186/s12912-016-0161-7>.
- Avolio, B. J., Gardner, W. L., Walumbwa, F. O., Luthans, F., May, D. R. (2004).Unlocking the mask: a look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors. *The Leadership Quarterly*, 15 (6), 801–823. <https://doi:10.1016/j.leaqua.2004.09.003>
- Avolio, B. J.; Gardner, W. L. 2005. Authentic leadership development: getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly*.16. 315-338. <https://doi:10.1016/j.leaqua.2005.03.00>
- Baek, Hyang; Han, Kihye; Ryu, Eunjung (2019). Authentic Leadership, Job Satisfaction, and Organizational Commitment: The Moderating Effect of Nurse Tenure. *Journal of*

- Besen, F.; Tecchio, E., & Fialho, F.A.P. (2017). Liderança autêntica e a gestão do conhecimento. *Gestão e Produção*. 24(1), 2-14. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-530X898-13>
- Cabrita, C., Lucas, P., Teixeira, G. & Gaspar, F. (2022). Translation and Validation of the Individual Workload Perception Scale - Revised for Portuguese Nurses. *Healthcare*, 10(12), 2476. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122476>
- Carvalho, A. G., Cunha, I. C., Balsanelli, A. P., & Bernardes, A. (2016). Liderança autêntica e perfil pessoal e profissional de enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 29(6), 618-25. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600087>
- Carvalho, L.; Bernardo, M.; Sousa, I. & Negas, M. (2015) *Gestão das Organizações - Uma abordagem integrada e prospetiva*. 2ªed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Carvalho, M., Gaspar, F., Potra, T. & Lucas, P. (2022). Translation, Adaptation, and Validation of the Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders for the Portuguese Culture. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8590. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148590>
- Chiavenato, I. (1999). *Administração nos novos tempos*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Campus
- com o SPSS. 1ª edição. Loures: Lusodidacta.
- Cruchinho, P., Teixeira, G., Lucas, P. & Gaspar, F. (2023). Evaluating the Methodological Approaches of Cross-Cultural Adaptation of the Bedside Handover Attitudes and Behaviours Questionnaire into Portuguese. *Journal of Healthcare Leadership*, 15: 193-208. <http://dx.doi.org/10.2147/jhl.s422122>
- Cunha, F., Pinto, M. d. R., Riesch, S., Lucas, P., Almeida, S. & Vieira, M. (2024). Translation, Adaptation, and Validation of the Portuguese Version of the Exercise of Self-Care Agency Scale. *Healthcare*, 12(2), 159. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020159>
- Cunha, M. P., & Rego, A. (2005). *Liderar*. Lisboa: Publicações Dom Quixote
- Cunha, M. P., Rego, A., Cinha, R. C., & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de Comportamento*

- De Sul, S. I. R. & Lucas, P. R. M. B. (2020). Translation and validation of the anticipated turnover scale for the Portuguese cultural context. *Nursing Open*. 7(5): 1475–1481. <https://doi.org/10.1002/nop2.521>
- Dubois, C.; D'Amour, D.; Tchouaket, E.; Rivard, M.; Clarke, S. & Blais, R. (2012) A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*. 12, 1-15.
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24(4), 244–255. <https://doi:10.1016/j.apnr.2009.12.004>.
- Dwyer, P. A., Hunter, R., Susan, M., Sethares, K. A., Ayotte, B. J. (2019). The influence of psychological capital, authentic leadership in preceptors, and structural empowerment on new graduate nurse burnout and turnover intent. *Applied Nursing Research*, 48, 37-44. <https://doi:10.1016/j.apnr.2019.04.005>
- Edições Sílabo.
- Elsous, A., Radwan, M., & Mohsen, S. (2017). Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing Research and Practice*, 1–7. <https://doi:10.1155/2017/7406278>
- Esper, A. J. F., Cunha, C. J. C. A. 2015. Liderança Autêntica: uma revisão integrativa. *NAVUS – Revista de Gestão e Tecnologia*. 5 (2), 60-72.
- Esper, A. J. F.; Cunha, C. J. C. A. (2015) Liderança Autêntica: uma revisão integrativa. *NAVUS – Revista de Gestão e Tecnologia*. 5 (2), 60-72.
- Frasier, N. (2019). Preparing Nurse Managers for Authentic Leadership A Pilot Leadership Development Program. *Journal of Nursing Administration*. 49(2), 79-85. <https://doi:10.1097/NNA.0000000000000714>

- Galleta, M.; Portoghesi, I.; Carta, M.; D'Aloja, E. & Campagna, M. (2016) The Effect of Nurse-Physician Collaboration on Job Satisfaction, Team Commitment, and Turnover Intention in Nurses. *Research in Nursing & Health*.39(5), 375-385.
- George, B. (2009d). *Liderança Autêntica. Resgate dos valores fundamentais e construa organizações duradouras*. Editora Gente. Gestão, aprovado pelo Regulamento nº 21/2018. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, série II (Nº 21 de 2018-01-30), 3478-3487. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/114599547/details/normal?l=1>
- Giordano-Mulligan, M.; Eckardt, S. (2019) Authentic nurse leadership conceptual framework: nurses' perception of authentic nurse leader attributes. *Nursing Administration Quarterly*, 43(2), 164-174.
- Gomes, P., Ribeiro, S., Silva, M., Cruchinho, P., Nunes, E., Nascimento, C. & Lucas, P. (2024). Cross-Cultural Validation of the Portuguese Version of the Quality of Oncology Nursing Care Scale. *Cancers*, 16(5), 859. <https://doi.org/10.3390/cancers16050859>
- Gray, J., Grove, S., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8a ed.). Missouri: Elsevier.
- Halm M. (2019). The influence of appropriate staffing and healthy work environments on patient and nurse outcomes. *American Journal of Critical Care*, 28(2), 152-156.
- Hayes, L.; O'Brien-Pallas, L.; Duffield, C.; Shamian, J.; Buchan, J.; Hughes, F.; Laschinger, H. & North, N. (2012) Nurse Turnover: a literature review - an update. *International Journal of Nursing Studies*. 49 (7), 887-905.
- Hinno, S., Partanen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011a). Hospital nurses' work environment, quality of care provided and career plans. *International Nursing Review*, 58, 255-262. <https://doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00851.x>
- Hinno, S., Partanen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 26(1), 133-143. <https://doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00920.x>

- Huber, D. (2010). *Leadership and nursing care management* (4^a ed.). Filadélfia: Saunders
- Ispir, O., & Duygulu, S. (2017). The Control over Nursing Practice Scale: Reliability and Validity of the Turkish Version of the Instrument. *International Journal of Caring Sciences*, 10(2), 2–647. https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/3_oznur_original_10_2.pdf.
- Jabagi, N., Croteau, A. M., & Audebrand, L. (2020). Perceived Organizational Support in the Face of Algorithmic Management: A Conceptual Model. In *Proceedings of the 53rd Hawaii International Conference on System Sciences*. HICSS, Hawaii.
- Jensen, S. M., & Luthans, F. (2006). Relationship between Entrepreneurs' Psychological Capital and Their Authentic Leadership. *Journal of Managerial Issues*. (18) 2, 254-273.
- Kirwan, M., Matthews, A., & Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 253–263. <https://doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020>.
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L. & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. Adelaide, South Australia: School of Nursing, the University of Adelaide.
- Ko, Y. K., Jeong, S. H., & Yu, S. (2018). Job autonomy, perceptions of organizational policy, and the safety performance of nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 24(6), 1–7. <https://doi:10.1111/ijn.12696>.
- Kurtessis, J. N., Eisenberger, R., Ford, M. T., Buffardi, L. C., Stewart, K. A., & Adis, C. S. (2017). Perceived Organizational Support: A Meta-Analytic Evaluation of Organizational Support Theory. *Journal of Management*, 43(6), 1854–1884. <https://doi:10.1177/0149206315575554>
- Lake, E. (2002). *Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*. Research in Nursing & Health. 25, p. 176-188

- Laschinger, H. K. S. (2012a). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 472-484. <https://doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01293.x>
- Laschinger, H. K. S., Borgogni, L., Consiglio, C., & Read, E. (2015). The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' burnout and mental health: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1080-1089. <https://doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.03.002>
- Laschinger, H. K. S., Zhu, J., & Read, E. (2016). New nurses' perceptions of professional practice behaviours, quality of care, job satisfaction and career retention. *Journal of Nursing Management*, 24(5), 656-665. <https://doi:10.1111/jonm.12370>.
- Lucas, P., Jesus, E., Almeida, S. & Araújo, B. (2021). Validation of the Psychometric Properties of the Practice Environment Scale of Nursing Work Index in Primary Health Care in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6422-6433. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126422>
- Lucas, P., Jesus, E., Almeida, S. & Araújo, B. (2023). Relationship of the nursing practice environment with the quality of care and patients' safety in primary health care. *BMC Nursing*, 22(1):413. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01571-8>
- Maier, C., Aiken L. and Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation. *Health Working Papers*, 98. <http://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en>
- Marôco, J. (2014). *Análise de Equações estruturais: Fundamentos teóricos, software*
- Marquis, B. & Huston, C. (2012) *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. 7th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centered nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5), 472-479.
- Mrayyan, M. T. (2019). Nurses' views on hospital organizational characteristics. *Nursing Forum*, 54(4), 650-660. <https://doi:10.1111/nuf.12390>

- Néné, B. M. M. (2018). Impacto da Percepção da Liderança Autêntica no Desempenho Individual. *Conferência - Investigação E Intervenção Em Recursos Humanos*, (7). <https://doi.org/10.26537/iirh.vi7.2714>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica*. Regulamento nº 366/2018, 2a Série, N. 113, 14 de Junho de 2018. 40918–40920.
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos e avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Regulamento nº 76/2018 (2018). Regulamento Competência Acrescida Avançada em Gestão, aprovado pelo Regulamento nº 21/2018. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, série II (Nº 21 de 2018-01-30), 3478-3487.ELI: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/114599547/details/normal?l=1>
- Richmond, M. (2022). Authenticity in nursing care. *Journal of Clinical Excellence*. 52 (5), 15. <https://doi:10.1097/01.NURSE.0000827192.85337.76>
- Shamir, B., & Eilam, G. (2005). "What's your story?" A life-stories approach to authentic leadership development. *The Leadership Quarterly*, 16 (13), 395-417.
- Sherman, R. O., Bishop, M., Eggenberger, T., Karden, R. (2007). Development of a Leadership Competency Model. *Journal of Nursing Administration*. 37 (2), 85- 94.
- Shirey MR. 2015. Enhance your self-awareness to be an authentic leader. *American Nurse Today*. 10(8).
- Shirey, M. R. (2006). Authentic Leaders Creating Healthy Work Environments for Nursing Practice. *American Journal Critical Care*. 15 (3), 256-67. <https://doi:10.4037/ajcc2006.15.3.256>
- Sousa, E., Lin, C.-F., Gaspar, F. & Lucas, P. (2022). Translation and Validation of the Indicators of Quality Nursing Work Environments in the Portuguese Cultural Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12313. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912313>

- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., Guirardello, E. B., (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26 (3), 649–659. <https://doi:10.5123/S1679-49742017000300022>
- Sul, S. I. R., & Lucas, P. R. M. B. (2020). Translation and validation of the anticipated turnover scale for the Portuguese cultural context. *Nursing Open*, 00, 1–7. <https://doi:10.1002/nop2.521>.
- Titlestad, I., Haugstvedt, A., Igland, J., & Graue, M. (2018). Patient safety culture in nursing homes – a cross-sectional study among nurses and nursing aides caring for residents with diabetes. *BMC Nursing*, 17(1), 1–8. <https://doi:10.1186/s12912-018-0305-z>.
- Turano, L. M., & Cavazotte, F. (2016). Conhecimento Científico sobre Liderança: Conhecimento Científico sobre Liderança: Uma Análise Bibliométrica do Acervo do The Leadership Quarterly. *RAC*, 20(4), 434-457 <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2016140075>
- Vilelas, J. & Basto, M. (2011). Validação para a língua portuguesa da Escala de Funck et al., Barreiras à utilização da investigação. *Pensar em Enfermagem*. 15(1), 25– 38.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa:
- Walumbwa, F. O., Avolio, B. J., Gardner, W. L., Wernsing, T. S., & Peterson, S. J. (February de 2008). Authentic Leadership: Development and Validation of a Theory-Based Measure. *Journal of Management* 34:1, 89-126.
- Watson, J. (2006) Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices. *Nurse Administration Quarterly*. 30 (1), 48-55. Doi: 10.1097/00006216-200601000-00008
- Weber, E., Ward, J., & Walsh, T. (2015). Nurse leader competencies: A toolkit for success. *Nursing Management*, 46(12), 47–50. <https://doi:10.1097/01.NUMA.0000473505.23431.85>.
- Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G., & Rose, M. A. (2018). The state of the science of nurse

- work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 287–300. <https://doi:10.1016/j.ijnss.2018.04.010>.
- Wong, C. A., & Walsh, E. J. (2020). Reflections on a Decade of Authentic Leadership Research in Healthcare. *Journal of Nursing Management*, 28 (1), doi:10.1111/jonm.12861.
- Wong, C. A., LASCHINGER, H. K. S., CUMMINGS, G. G. (2010). Authentic leadership and nurses' voice behaviour and perceptions of care quality. *Journal of Nursing Management*, 18 (8), 889–900. <https://doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01113.x>
- Yukl, G. A. (2009). *Leadership in Organizations* (7^o ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Zaghini, F., Fiorini, J., Piredda, M., Fida, R., & Sili, A. (2020). The relationship between nurse managers' leadership style and patients' perception of the quality of the care provided by nurses: cross sectional survey. *International Journal of Nurs Stud.* 101. 103-446.

ANEXOS

Anexo I

Autorização da autora do ANLQ

November 3, 2022

Ms. Ana Isabel Gaspar
The Nursing College of Lisbon

RE: Permission for ANLQ

Dear Ms. Ana Isabel Gaspar,

In response to your request for permission to utilize the ANLQ for your master's thesis, I am honoring your request for permission to utilize the ANLQ in your proposed thesis to investigate authentic leadership among Portuguese nurses.

As per the agreement we discussed regarding terms of use, I am requesting that you comply with the following condition:

1. I am also agreeing to the ANLQ translation into the Portuguese language with my consultation.
2. Upon publication of your dissertation or the study results you will ensure that the ANLQ and its specific item content does not appear in the publication for others to view and or utilize without permission.
3. Upon completion of the data analysis that the results are shared to further validated the instruments validity.

It was a pleasure meeting with you to discuss your proposed study. I wish you much success in your pursuit of your dissertation and graduate degree. I look forward collaborating with you in the translation of the ANLQ.

Sincerely,



Marie Giordano-Mulligan PhD RN CNOR NEA-BC

APÊNDICES

Apêndice I

Fluxograma do PRISMA referente ao processo de seleção dos artigos

