



**LSPA**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

LIDERANÇA ROMÂNTICA, *GRIT* E DESEMPENHO EM  
CONTEXTO HOSPITALAR:  
QUE RELAÇÃO?

ANA CATARINA RUA DE CARVALHO

**Orientador de Dissertação**

PROF. DOUTOR PEDRO MARQUES-QUINTEIRO

**Coordenador de Seminário de Dissertação**

PROF. DOUTOR PEDRO MARQUES-QUINTEIRO

**Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:**

MESTRE EM PSICOLOGIA

**ESPECIALIDADE EM PSICOLOGIA SOCIAL E DAS ORGANIZAÇÕES**

2018

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de  
Prof. Doutor Pedro Marques-Quinteiro apresentada no ISPA –  
Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre  
na especialidade de Psicologia Social e das Organizações.

## AGRADECIMENTOS

A maior aprendizagem que tive ao longo destes anos, e neste ano em particular, foi a não desistir. Através da nossa persistência e dedicação individual, e com a colaboração de pessoas significativas, é sempre possível tornar o panorama dos acontecimentos mais colorido e concretizar as nossas metas.

Agradeço ao ISPA por ter sido a minha segunda casa nestes últimos 5 anos; a todos os professores com quem tive a oportunidade de aprender mais e melhor; aos colegas com quem pude travar conhecimento, que de mão dada tornaram realidade a minha Licenciatura e agora o meu Mestrado.

Ao meu Orientador de Seminário, Prof. Doutor Pedro Marques-Quinteiro um enorme agradecimento por todo o empenho, positivismo e disponibilidade para a realização deste trabalho.

A todos os trabalhadores que colaboraram com a sua resposta, pois sem a vossa receptividade nada seria possível.

À Daniela pelo companheirismo e força do início ao fim, obrigada de coração.

Aos amigos e amigas, pela motivação, apoio, energia e sorrisos, que mesmo não nos vendo ou falando todos os dias, me alegram e fazem feliz. Um forte agradecimento a todos eles:

- Paula, agradeço o “empurrão” inicial para a elaboração da tese, e toda a confiança neste meu trabalho!
- Daniel, à nossa amizade, à força e confiança que não te cansas de me transmitir.
- Inês, Mafalda, Marisa, Sandra e Ana C., melhores amigas de licenciatura e mestrado.
- Mónica, companheira de biblioteca, por todas as dicas e estratégias para me organizar.
- Ana B., por todas as conversas, todas as chamadas, abraços, apoio e amizade.
- Alesandro, Madalena, Peter, Cátia, Bárbara, Bruno e Emma pela boa energia e suporte.

Á minha família um GIGANTE agradecimento por todo o empenho, esforço e dedicação, apoiando-me incondicionalmente em todos os momentos. Por estarem sempre presentes e prontos a ajudar-me a ultrapassar qualquer situação que suceda mesmo num dia ‘não’ para vós. Obrigada Mãe, Pai, Mano e Avô!

A ti Avô, que venceste a nossa aposta com uma perna às costas!

Por fim e com demasiada importância ao meu “bebé” Lucas. O cão mais meigo, lindo e encantador da minha vida. Por já serem 6 anos, e seres o melhor amigo e companheiro de guarda!

## RESUMO

Com o presente estudo pretende-se analisar a natureza da relação entre a liderança romântica e o desempenho de equipa e averiguar se o *grit* exerce um papel moderador nesta mesma relação. Desta forma, foram formuladas as seguintes questões de investigação: Será que existe uma relação entre a liderança romântica percebida pelos colaboradores e o desempenho atribuído pelos líderes das equipas estudadas; e, será que esta relação depende do *grit* demonstrado pelos membros dessas mesmas equipas?

Para tal, o desempenho foi analisado no âmbito da definição de eficácia de equipa dada por Hackman (1987), e procedeu-se à recolha de uma amostra de equipas especializadas de enfermeiros profissionais em contexto hospitalar

Para efeitos de análise, o problema conduziu à formulação de três hipóteses de investigação: (Hipótese 1) A liderança romântica dos colaboradores tem uma relação direta e positiva com a perceção de desempenho nas equipas de enfermagem; (Hipótese 2) A liderança romântica das equipas de enfermagem levará a maiores níveis de *grit* por parte das mesmas; e (Hipótese 3) O *grit* exerce uma relação moderadora na relação entre liderança romântica e perceção de desempenho.

Seguidamente, como análise complementar, testou-se a existência de diferenças de desempenho nas populações dos distintos contextos assim como a influencia de indicadores objetivos nas variáveis em estudo. Colaboraram neste estudo 105 enfermeiros, agregados em 33 equipas distribuídas por dois hospitais da zona da Grande Lisboa.

Os resultados sugerem que a liderança romântica não tem uma relação direta e positiva com a perceção de desempenho de equipa, e que o *grit* não modera esta mesma relação.

**Palavras-Chave:** Liderança Romântica, *Grit*, Desempenho de Equipa, Eficácia, Enfermagem

## ABSTRACT

The present study seeks to analyze the nature of the relationship between romantic leadership and team performance, while also ascertaining whether or not *grit* is a moderating influence on the aforementioned relation. The following research questions were thus formulated: is it possible that a link exists between the 'romance of leadership' perceived by the staff and the discerned team performance by the leaders themselves; and, is this relationship influenced by the *grit* factor demonstrated by that personnel?

To this end, performance was evaluated per the definition of group effectiveness put forth by Hackman (1987). A sample population, comprised of professional nurses currently employed by hospitals, was identified and approached.

For the purpose of appropriate data analysis, the following hypothesis were devised: (Hypothesis 1) The perceived romantic leadership within nursing teams, shows both a direct and positive relation to the perception of effort in these same teams; (Hypothesis 2) Romantic leadership will lead to higher *grit* values within the nursing teams, and lastly; (Hypothesis 3) *Grit* functions as a moderating variable in the relationship between romantic leadership and team performance.

The following step was to ascertain the existence of performance differences in the populations of the different contexts, as well as the influence of objective indicators in the variables under study. The sample consisted of 105 nurses, organized into 33 teams that were employed at two hospitals in Greater Lisbon area.

The results suggest that romantic leadership does not show a positive and direct relation with team performance, and that *grit* does not moderate the relation between these two.

**Keywords:** Romantic Leadership, *Grit*, Team Performance, Effectiveness, Nursing

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	III
RESUMO .....	IV
ABSTRACT .....	V
ÍNDICE DE TABELAS .....	X
ÍNDICE DE FIGURAS .....	XI
INTRODUÇÃO.....	1
REVISÃO DA LITERATURA .....	3
A Liderança e suas Teorias .....	3
Abordagem dos Traços de Personalidade .....	4
Abordagem Comportamental .....	5
Abordagem Situacional .....	6
Teoria de Hersey e Blanchard .....	7
Teoria do Caminho-Meta .....	8
Teoria LMX (Leader Member Exchange) .....	8
Modelos de Liderança em Equipas .....	9
Liderança Partilhada.....	9
Liderança Funcional.....	9
Liderança Emergente.....	10
As Novas Lideranças .....	11
Liderança Transacional .....	11
Liderança Carismática.....	12
Liderança Transformacional .....	12
Liderança Romântica .....	13
Liderança em Enfermagem .....	15
Desempenho.....	16
Modelo Input-Process-Output (I-P-O) .....	18
Modelo Input-Mediator-Output-Input (IMOI) .....	20
Modelo de Eficácia Multinível.....	20

Desempenho em Equipas de Enfermagem.....	21
Hipótese 1: A liderança romântica dos colaboradores tem uma relação direta e positiva com a perceção de desempenho nas equipas de enfermagem.....	24
<i>Grit</i> .....	24
Grit nas equipas de enfermagem .....	25
Hipótese 2: A liderança romântica das equipas de enfermagem levará a maiores níveis de grit por parte das mesmas.....	27
Relação de Moderação: Liderança Romântica x Grit .....	27
Hipótese 3: O grit exerce uma relação moderadora na relação entre liderança romântica e a perceção de desempenho. ....	27
MODELO E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO .....	28
MÉTODO .....	29
Delineamento .....	29
Participantes.....	29
Caracterização Sociodemográfica por Hospital.....	30
Caracterização das Variáveis de Controlo por Hospital .....	30
Procedimento .....	33
Instrumentos.....	34
RESULTADOS .....	36
Análise Fatorial Exploratória.....	36
Pré-teste.....	36
Aplicação nos hospitais.....	37
Estudo das Qualidades Psicométricas.....	38
Escala de Liderança Romântica .....	38
Validade- Análise Fatorial Exploratória .....	38
Fiabilidade.....	39
Sensibilidade .....	39
Escala de Desempenho.....	40
Validade- Análise Fatorial Exploratória .....	40

Fiabilidade .....	41
Sensibilidade .....	41
Escala de Grit .....	42
Validade- Análise Fatorial Exploratória .....	42
Fiabilidade .....	43
Sensibilidade .....	43
Estatística Descritiva das Variáveis .....	44
Cálculo do $r_{wg}$ , ICC (1) e ICC (2) – Agregação em equipas .....	45
Correlações .....	46
Ancova .....	47
Testes de Hipóteses.....	49
Análise de Resultados Complementares .....	49
Número de altas hospitalares.....	50
Camas ocupadas.....	50
Camas disponíveis .....	50
Moderação por equipas de hospital .....	51
Hospital Público .....	51
Hospital Privado.....	51
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....	52
Limitações e Sugestões Futuras .....	54
REFERÊNCIAS .....	56
ANEXOS .....	67
ANEXO A – Termo De Consentimento Informado .....	68
ANEXO B – Questionário .....	69
Líderes de equipa .....	70
Colaboradores de equipa .....	72
ANEXO C - Pré-teste e aplicação hospitalais .....	75
ANEXO D – Estatística Descritiva Da Amostra .....	76



Variáveis de Controlo.....	83
ANEXO E – Estatística Descritiva das Variáveis em Estudo.....	87
ANEXO F – Qualidades Métricas da Escala Liderança Romântica.....	95
Validade .....	95
Fiabilidade.....	98
Sensibilidade .....	100
ANEXO G - Qualidades Métricas da Escala Desempenho .....	100
Validade .....	100
Fiabilidade.....	102
Sensibilidade .....	104
ANEXO H - Qualidades Métricas da Escala <i>Grit</i> .....	104
Validade .....	104
Fiabilidade.....	107
Sensibilidade .....	109
ANEXO I – Cálculo $r_{wg}$ , ICC1 e ICC2.....	110
ANEXO J - Correlações .....	112
ANEXO K - Pressupostos para o Cálculo da Ancova .....	115
ANEXO L- Teste de Hipóteses.....	118
ANEXO M – Análise de Resultados Complementares .....	124
Camas Disponíveis.....	124
Cama Ocupadas.....	126
Número de Altas.....	128
ANEXO N- Moderação por equipas de hospital.....	130

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estilos de liderança, Adaptado de Chiavenato (2001) .....	6
Tabela 2 - Resumo das Hipóteses de Investigação .....	28
Tabela 3 - Género e habilitações literárias por hospital .....	30
Tabela 4 - Idade por hospital .....	30
Tabela 5 - Número de elementos da equipa e antiguidade na equipa por hospital.....	31
Tabela 6 - Existência de líder .....	31
Tabela 7 - Análise Fatorial Exploratória Hospitais .....	38
Tabela 8 - Análise Fatorial Exploratória da Escala de Liderança Romântica .....	39
Tabela 9 - Fiabilidade da Escala de Liderança Romântica.....	39
Tabela 10 - Sensibilidade dos itens da Escala de Liderança Romântica .....	40
Tabela 11 - Sensibilidade da Escala de Liderança Romântica .....	40
Tabela 12 - Distribuição da Escala: Liderança Romântica .....	40
Tabela 13 - Análise Fatorial Exploratória da Escala de Desempenho .....	41
Tabela 14 - Fiabilidade da Escala de Desempenho .....	41
Tabela 15 - Sensibilidade dos itens de Desempenho.....	42
Tabela 16 - Sensibilidade da Escala de Desempenho.....	42
Tabela 17 - Distribuição da Escala de Desempenho .....	42
Tabela 18 - Análise Fatorial Exploratória da Escala de Grit.....	43
Tabela 19 - Fiabilidade da Escala de Grit.....	43
Tabela 20 - Sensibilidade dos itens de Grit .....	44
Tabela 21 - Sensibilidade da Escala de Grit .....	44
Tabela 22 - Distribuição da Escala de Grit.....	44
Tabela 23 - Estatística Descritiva das Variáveis em Estudo por Hospital .....	44
Tabela 24 - Médias de desempenho das equipas em função do hospital, sem controlo do efeito da liderança romântica.....	47
Tabela 25 - Média de Desempenho por hospital com controlo do efeito da Liderança Romântica .....	47
Tabela 26 - Médias sem e com controlo de liderança romântica .....	48
Tabela 27 - Médias de desempenho sem controlo do efeito da liderança romântica .....	48

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Hersey e Blanchard, Adaptado de (Hersey et al., 1979).....	8
Figura 2: Modelo de Investigação .....	28

## INTRODUÇÃO

A liderança é um conceito de enorme pertinência para o desempenho organizacional, uma vez que é através da orientação e alinhamento das equipas de trabalho que os objectivos traçados e resultados desejados podem ser efetivamente atingidos. Apesar da pluralidade de definições de liderança, é relevante neste contexto direccionar a nossa atenção para um líder competente capaz exercer influência sobre uma coletividade de indivíduos.

A prática da liderança, nas suas várias vertentes, é um aspeto de particular relevância aos profissionais de enfermagem, pois possibilita que se tornem profissionais de excelência (Chaves, 1993). Galvão e Sawada (2005) reforçam esta ideia considerando a liderança como uma estratégia primária nesta profissão, pois cada enfermeiro deve ser responsável por vários processos e tarefas, *i.e.*, investigação, assistência, práticas educativas e administrativas, em prol da boa gestão, eficiência e eficácia de qualquer questão prática associada ao paciente. Assim, a apreciação da *performance* relativa às funções de enfermagem visa-se crucial tal como a perseverança destes profissionais, no sentido de assegurar um excelente atendimento clínico (Kahya & Oral, 2018).

O *Grit* é um conceito que os autores Duckworth, Peterson, Matthews e Kelly (2007) definem como envolvendo a persistência e solidez necessárias para seguir os interesses pretendidos a longo prazo, sendo este um fator essencial para o sucesso dos indivíduos nas organizações.

Nesta sequência, as autoras Littman-Ovadia e Lavy (2015) propõem que a perseverança pode ser altamente associada à qualidade do desempenho do trabalho. Como também Locke e Latham (2013) já tinham demonstrado que aquando de maior envolvência por parte dos indivíduos, na realização de atividades laborais direccionadas para o alcance de metas, há uma maior influência ao nível do desempenho.

Pertinente ao presente estudo, as equipas de enfermeiros inseridas em âmbito hospitalar, além da dinâmica, profissionalismo e rigor que devem ser demonstrados diariamente, escondem a constante tensão, sentido de urgência e organização que lhes é exigida a cada caso (AbuAlRub, 2004). Como tal, acredita-se que estas equipas devam possuir altos níveis de *grit* para ultrapassar e persistir diante das adversidades laborais.

No entanto, pouca investigação foi realizada acerca das perceções de grupo face ao líder, e se a demonstração de perseverança e paixão intrínseca para ultrapassar os desafios emergentes pode ter uma relação com o desempenho da equipa, justificando-se assim sua pertinência teórica

e prática. Isto torna-se particularmente importante no que às equipas de enfermagem hospitalar, sobre as quais pouco ainda se sabe (Marques-Quinteiro, Curral, Passos, Lewis, & Gomes, 2018).

Dada a falta de evidências de estudos semelhantes, ao nível da análise grupal, torna-se de interesse significativo a observação das relações entre os construtos Liderança Romântica, *Grit* e Desempenho em equipas de contexto hospitalar. Por conseguinte, é espetável que esta dissertação possa exercer um contributo para um melhor entendimento desta temática.

Assim, a presente investigação pretende abordar a liderança romântica na prática de enfermagem, salientando o *grit* demonstrado pelas equipas como um aspeto importante ao desempenho das mesmas.

A presente dissertação encontra-se dividida por três secções:

A primeira secção consolida o enquadramento teórico de cada variável - sintetizando a literatura pertinente sobre liderança, desempenho de equipa e *grit* - focando o racional teórico na liderança romântica, desempenho das equipas de enfermagem e *grit*. A esta revisão segue-se a enunciação do modelo de investigação e hipóteses a estudar.

A segunda secção é preenchida pela apresentação do método; desenvolvendo a caracterização da amostra, determinação do delineamento, propriedades dos instrumentos utilizados e a descrição dos procedimentos efetuados.

Finalmente, na terceira secção, denota-se a descrição dos resultados obtidos, acompanhados pela discussão e análise de toda a temática conforme a literatura consultada, sendo posteriormente refletidas as limitações do estudo e fornecidas sugestões para eventuais estudos futuros que envolvam investigações semelhantes.

## REVISÃO DA LITERATURA

Numa primeira abordagem será feita uma revisão de literatura sob a forma de enquadramento ao estudo, seguindo-se o racional teórico acerca das variáveis associadas ao mesmo.

### **A Liderança e suas Teorias**

A liderança é uma das temáticas que detém enorme importância na vida pessoal e social, pois desde os primórdios da humanidade que tem vindo a marcar presença nas relações interpessoais do quotidiano dos indivíduos, manifestando-se em todos os contextos e destacando-se como um aspeto inerente à compreensão da realidade humana (Chiavenato, 2001).

Já a história mitológica se debruçava sobre o poder exercido pelos líderes, e a sua enorme importância relativamente ao progresso e prosperidade dos povos (Bass & Stogdill, 1990). Com o decorrer dos séculos, o empenho para elaborar construtos em torno da liderança difundiu-se por várias áreas do saber, nomeadamente nas ciências sociais (Bass & Stogdill, 1990).

Quando associada ao contexto organizacional, este tema ganha ampla notoriedade como atributo de elevado valor (Meindl, Ehrlich, & Dukerich, 1985). A liderança visa essencialmente à satisfação das necessidades dos colaboradores para que, de modo ótimo, as práticas das suas funções sejam desempenhadas e evidenciadas nos resultados desejados organizacionalmente (Bass & Stogdill, 1990).

Num nível elementar o papel dos colaboradores visa essencialmente dar continuidade às orientações do líder, auxiliando-o a combater quaisquer necessidades que possam surgir organizacionalmente (Bjugstad, Thach, Thompson, & Morris, 2006).

Elaborando sobre este preceito, Pfeffer (1977) já havia reconhecido que o facto da liderança se tratar de um processo atribucional, por parte dos colaboradores, iria acentuar não só as responsabilidades como também o sentido de obrigação do líder em qualquer tipo de intervenção a ser feita - e, nesta medida, também os efeitos resultantes (quer positivos quer negativos) serão atribuídos à liderança instituída. Deste modo, os líderes acabam por interferir direta ou indiretamente no desempenho das organizações, contribuindo para que um bom trabalho com as equipas seja efetuado (Meindl *et. al*, 1985; Avolio, Walumbwa & Weber, 2009).

Assim, é natural que a liderança seja observada como imprescindível na generalidade dos níveis organizacionais, exigindo a definição de regras e comandos em benefício de pequenos (equipas), médios (organizações) e grandes grupos (nações), constituindo-se como

uma relação estabelecida não só como fonte de criação de valor para os mesmos grupos, como também de aperfeiçoamento das suas contribuições a favor do desenvolvimento organizacional (Zand, 1996; Zaccaro & Banks, 2002; Hogg *et al.*, 2005).

Apesar de se acreditar que a liderança é uma condição básica ao sucesso organizacional, no começo dos anos 80 esta crença popularizada sofreu uma quebra dado à aglomeração de resultados pouco claros (Cunha, Rego, Cunha, Cardoso, & Neves, 2014). Apesar disso, este conceito não perdeu força, dando azo a inúmeras novas investigações. Em particular, a leitura da conceituada revista "*The Leadership Quarterly*" impõe-se como uma condição necessária para um conhecimento científico mais aprofundado e diverso, histórico e atual, sobre liderança. Igualmente, uma mera pesquisa da palavra *Leadership* na plataforma *Google Scholar* concede-nos um leque de  $3.8 \times 10^6$  resultados, existindo variadas e contraditórias designações para este conceito, dependendo de cada autor (Dinh *et al.*, 2014).

Análises mais recentes como a de Mumford, Todd, Higgs, e McIntosh (2017) denotam, a liderança como a prática de influência sob os vários formatos do mundo actual a que temos acesso. Já em 1990 os autores Bass e Stogdill haviam nomeado uma abordagem complementar a esta noção, propondo que são os modelos de liderança que nos concedem estas realidades, e que são as teorias de liderança que esclarecem quais os elementos implicados na origem e/ou emergência da liderança, tal como dos seus efeitos em contexto.

Chong e Wolf (2010) acreditavam que os estilos de liderança são tipificados às tarefas a cumprir, uma vez que em toda a sua extensão foram designados a nível comportamental, sugerindo que a conduta de liderança mais adequada deve ser diversificada consoante o perfil do colaborador. Desta forma, as abordagens a considerar dizem respeito a: Abordagem dos Traços de Personalidade, Abordagem Comportamental e Abordagem Situacional (Yulk, 1989).

#### *Abordagem dos Traços de Personalidade*

A abordagem dos traços de personalidade, apresenta-se como uma das primeiras teorizações propostas, tendo as investigações se focado neste aspeto no intervalo temporal entre 1904 e 1948 (e.g., Bergamini, 1994; Chiavenato, 2001).

Silva (2016) refere que ao longo de vários séculos a liderança foi considerada como uma qualidade particular a certas pessoas. Desta forma, os líderes eram percecionados como sendo possuidores de "traços específicos" de liderança (e.g., poderosos, dominantes, convincentes, audazes), destacando-se através de determinados e insubstituíveis valores objetivos e competências no seu processo de influência para com os outros (Chiavenato, 2001; Yulk, 2010). Eram por isso, vistos como possuidores de uma personalidade distinta dos restantes

intervenientes, alguém suficientemente fascinante e capaz de atrair todos a seu redor, fazendo-os desejar ser como ele (Chiavenato, 2001). Nesta sequência, a ideia do líder carismático, propagou-se como que uma romantização da liderança.

### *Abordagem Comportamental*

A abordagem comportamental, estuda particularmente as condutas utilizadas a fim de liderar, tendo surgido no início dos anos 50 em consequência, da ascensão da psicologia de massas e behaviourismo, da desvalorização das teorias que examinavam as particularidades dos líderes (Bergamini, 1994; Chiavenato, 2001).

Assim, colocam-se em primeira ordem três estilos identificados inicialmente na teoria de Lewin, Lippitt e White (1939): Estilo Autocrático, Estilo Democrático e Estilo Liberal/*Laisser-faire*.

Mais recentemente, o estilo de liderança autocrático tem sido bastante criticado, caracterizando-se por um universo insípido onde unicamente através de punições e recompensas os trabalhadores têm motivação para exercer as suas funções (Khan *et al.*, 2015). Neste tipo de liderança as conversações são básicas e protocolares o que afeta negativamente a motivação e satisfação dos colaboradores para o desempenho ótimo das suas tarefas, resultando que os objetivos não sejam atingidos em muitos casos (Sousa & Santo, 2010). Assim de acordo com Khan *et al.* (2015), organizações que nutram líderes descritos com este estilo de liderança, têm maiores probabilidades de ter elevadas taxas de absentismo e de *turnover*. Comparativamente, a liderança romântica ao estabelecer um relacionamento de proximidade e coerência entre os elementos de equipa e o líder tenderá a gerar maior naturalidade e empenho nas práticas a executar.



Tabela 1 - *Estilos de liderança, Adaptado de Chiavenato (2001)*

Estilo Autocrático	Estilo Democrático	Estilo Liberal/ <i>Laissez-faire</i>
As regras são decididas sem que o grupo participe.	As regras são discutidas a nível grupal sob a observação e promoção do líder.	O líder raramente intervém nas decisões individuais ou grupais, existindo total liberdade.
Para a realização das tarefas o líder antevê as medidas essenciais a ter em conta, sem aviso do grupo.	Existe discussão das tarefas a realizar, competindo ao grupo definir as medidas corretas para atingir os fins, sob a solicitação de conselhos ao líder.	A atuação do líder é escassa exibindo alguns conteúdos diversos ao grupo, elucidando que estes podem ser concedidos quando solicitado.
O líder decide o que cada colaborador tem que fazer e quais os seus colegas de trabalho.	O grupo tem uma metodologia de repartição de tarefas e, por sua vez, cada colaborador tem autonomia para eleger os seus colegas de trabalho.	O líder não assume presença no grupo, ficando a eleição de colegas e distribuição de tarefas por conta destes membros.
O líder é soberano e “pessoal” tanto nos elogios que fornece como nas reprimendas relativas ao trabalho de cada colaborador.	O líder incorpora um verdadeiro espírito de equipa, concentrando-se nos factos e objetivos aquando da exposição de elogios ou críticas.	O líder não analisa nem monitoriza os eventos grupais, comentando as atividades efetuadas quando lhe é pedido.

### *Abordagem Situacional*

A abordagem situacional, assume que uma conceção objetiva de liderança não passa apenas por atribuir a cada líder um estatuto único para todas as situações, mas sim que a manifestação de um líder resulta de determinadas razões, situações e períodos de tempo específicos (Yulk, 1989; Chiavenato, 2001; Bass & Stogdill, 1990). Esta abordagem estabeleceu-se desde os anos 60 até meados da década de 80 (Galvão & Sawada, 2005). Nesta perspectiva, as implicações de todos os fatores envolventes de um determinado contexto criam condições ideais para que a liderança se processe, *i.e.*, as forças e exigências que o meio induz

nos indivíduos, irão determinar a seleção do próximo líder (Bass & Stogdill, 1990). Comparativamente, teorias de liderança multinível (*e.g.*, liderança romântica) proporcionam um modo de suplantar as insuficiências das teorias de um só nível, existindo grandes dificuldades em criar uma teoria com vários níveis de aplicação que seja acessível em termos de compreensão prática (Yulk, 2010).

A liderança não é assim apenas definida através das características específicas e imutáveis que cada indivíduo possui, mas pela capacidade de adaptação estratégica, polivalência e agilidade que este tem para responder eficazmente aos contornos que cada situação apresenta (Chiavenato, 2001).

São possíveis enumerar alguns exemplos de teorias situacionais considerados relevantes para a liderança em estudo:

#### *Teoria de Hersey e Blanchard*

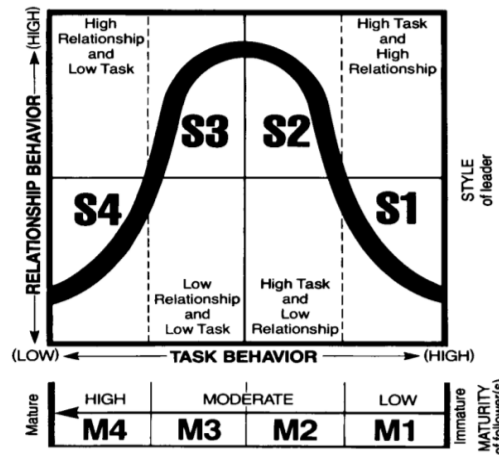
O efeito potencial de cada tipo de poder é suportado através do estudo da teoria de liderança situacional de Hersey e Blanchard (1977). Segundo esta teoria, a maturidade dos seguidores não apenas define qual o estilo de liderança com maior possibilidade de sucesso, como especifica igualmente a base de poder que o líder deverá utilizar de modo a incentivar o comportamento a ser desenvolvido (Hersey, Blanchard, & Natemeyer, 1979).

Assim, através da análise entre o estilo de liderança e a prontidão de tarefa do seguidor - *i.e.*, disposição por parte do colaborador (motivação, compromisso e confiança) para a prática de variadas tarefas e a manifestação de aptidões (*e.g.*, idoneidade, inteligência, experiência e conhecimento) - a mudança torna-se passível de acontecer sem que dependa do nível de maturidade do colaborador. O comportamento de liderança a implementar deve sofrer um ajustamento; aquando de uma redução da capacidade de motivação ou desempenho dos seguidores; de acordo com os quatro estilos propostos. O líder deverá retroceder na curva (Figura 2) e conseqüentemente, proceder à reavaliação dos níveis de maturidade dos seus colaboradores, prestando as devidas orientações e suporte socio-emocional (Hersey *et al.*, 1979).

Deste modo, o estilo de liderança indicado para cada nível de maturidade abrange a parcela necessária de comportamentos de tarefa (direcção) e comportamentos de relacionamento (suporte), segundo a curva abaixo, com quatro estilos (*Telling, Selling, Participating e Delegating*) que representam a associação entre comportamentos de tarefa e comportamentos de relacionamento. Por fim, a maturidade é atribuída ao seguidor considerando

o grau em que este se posiciona nos respectivos níveis de extensão: (M1) baixo, (M2) baixo a moderado, (M3) moderado a alto, e (M4) alto (Hersey *et al.*, 1979).

Figura 1 - *Modelo de Hersey e Blanchard, Adaptado de (Hersey et al., 1979)*



### *Teoria do Caminho-Meta*

A preocupação da teoria do Caminho-Meta centra-se essencialmente na forma como as metas, percepções pessoais e objetivos laborais dos colaboradores podem ser influenciados por um líder superior (House & Mitchell, 1975). Ou seja, segundo estes autores, é esperado que através do cumprimento de objetivos por parte dos colaboradores, o líder exerça comportamentos motivacionais (compensações) face aos mesmos, valorizando esses resultados, reforçando percepções pessoais de satisfação e recompensa, incentivando-os assim a completar objetivos a fim de usufruírem dessas vantagens, características semelhantes à liderança romântica.

Desta forma, a motivação dos colaboradores tende a aumentar; sendo previsível que os indivíduos se sintam mais satisfeitos relativamente a todo o enquadramento laboral, uma vez que sentem o seu trabalho como altamente valorizado o que faz com que voltem a acreditar que através do esforço é possível obter um retorno positivo directo, mantendo uma atitude persistente na sua atividade.

### *Teoria LMX (Leader Member Exchange)*

Avolio *et al.* (2009) afirmam que as diversas relações de troca criadas entre líderes e seguidores são o alicerce desta teoria. Ou seja, consoante a qualidade destas relações, os resultados obtidos terão um impacto tanto maior ou menor para as partes envolvidas.

Segundo Graen e Uhl-Bien (1995), a teoria *LMX* pode ser escrutinada mediante diferentes tipos de análise, tanto em díades, como em grupos, e até em agregações de díades

dentro dos grupos. Esta abordagem promove variadíssimas questões de investigação (e.g., relação líder-seguidor, percepções do líder, características relacionais promotoras de resultados esperados, etc.).

A compreensão desta teoria considera-se plausível dada à integração de uma abordagem centrada nas relações de liderança aptas a provocar resultados benéficos a qualquer interveniente envolvido nesta relação (Graen & Uhl-Bien, 1995), tal como na liderança romântica.

## **Modelos de Liderança em Equipas**

### *Liderança Partilhada*

A liderança partilhada é descrita por Pearce e Conger (2003), caracterizando-se por ser um processo de influência e actuação participativa entre os membros de um grupo, *i.e.*, "influência entre pares" e "influência hierárquica (ascendente ou descendente)" cuja finalidade é o cumprimento de metas grupais e a nível organizacional.

Claramente tem havido um interesse crescente por parte dos investigadores para entender toda a dinâmica, processos e exigências envolvidas neste tipo de liderança, visto que se torna cada vez mais habitual as organizações se estruturarem em equipas multifuncionais, sendo a liderança partilhada um efeito resultante destas formações (Avolio *et al.*, 2009). Neste contexto, a liderança é, na sua maioria, altamente partilhada e distribuída entre indivíduos pertencentes a um mesmo grupo, em detrimento da fixação num único sujeito (líder). Consequentemente, é admitida uma intervenção grupal a todos os indivíduos, através da partilha das suas capacidades e conhecimentos singulares (Avolio *et al.*, 2009). No entanto e apesar da prática corrente de nomeação de um líder (consciente ou inconscientemente) em quase todas as equipas, essa posição é assumida como um qualquer colega, tornando-se a agregação o propósito fundamental à reunião dos vários saberes e distintas qualidades úteis ao grupo (Pearce & Conger, 2003), algo idêntico ao tipo de interações criadas na liderança romântica.

### *Liderança Funcional*

Embora não se tenha chegado a um consenso do que constitui um comportamento funcional, numa tentativa de operacionalização deste conceito o mesmo pode ser definido pela atribuição das várias funções atribuídas aos elementos de um grupo, atendendo às inúmeras características que cada situação e tarefa podem implicar (Avolio *et al.*, 2009).

Uma abordagem interessante foi feita por Morgeson, DeRue, e Karam (2010), esclarecendo-nos sobre a questão da formalidade dos líderes nas equipas, cuja importância versa sobre a responsabilidade do líder a favor do desempenho grupal, *i.e.*, se não existe um órgão diretamente responsável pelo desempenho e direção da equipa esta liderança é caracterizada como informal, pelo contrário, se um indivíduo gerir uma equipa conforme as normas e padrões aceites organizacionalmente e assumir controlo pela *performance* exibida pelo seu grupo, esta liderança descreve-se como formal.

Assim, os líderes de carácter formal, esforçam-se para promover novos conhecimentos e fomentar ideias no âmbito de equipa, trabalhando não só em grande grupo como também individualmente a fim fazer avançar metas ambiciosas e desencadear diversas perspetivas aos colaboradores para que uma aprendizagem e desenvolvimento seja bem conseguida.

Morgeson *et al.* (2010) acreditam que os aspetos de formalidade das equipas não são estáveis (sendo alvo de constantes modificações num espaço de tempo indeterminado). Tal remete para que seja efetuado um processo de análise de interação e evolução grupal, bem como se desenvolva um conhecimento profundo da liderança de equipa e das particulares necessidades relativas a desafios a ultrapassar.

Para estes autores, o *locus* de liderança, é indicativo do facto de um líder pertencer ou não a um grupo (*i.e.*, externa ou internamente), motivando diferentes interações entre indivíduos, equiparando-se de modo à liderança romântica. Por outras palavras, se um líder participar nos ciclos de atividade da equipa, é observado como interno, por outro lado se não está implicado nos mesmos é contemplado como externo. Então, líderes identificados formalmente que integrem a sua equipa constituem o que se denomina de liderança interna e formal, sendo usualmente chamados gestores de projeto ou líderes de equipa. Por sua vez, a liderança externa e formal corresponde a líderes que não exercem a prática das suas funções diárias conjuntamente com os membros das suas equipas, *i.e.*, apesar de serem elegidos de modo oficial, não se vinculam à equipa sendo por vezes intitulados/vistos como mentores ou treinadores (Morgeson *et al.*, 2010).

Torna-se, então, possível no contexto do presente estudo definir que os líderes em ambos os hospitais inquiridos assumem carácter formal nas equipas, uma vez que todos os indivíduos estão em constante interação na envolvente do grupo (Sullivan & Decker, 1998).

### *Liderança Emergente*

Uma das funções com maior importância na liderança de equipa refere-se à constituição grupal, que poderá ter consequências não só no desempenho como também nos processos

associados ao mesmo (Morgeson *et al.*, 2010). Deste modo, um dos eixos mais importantes da liderança emergente para Pearce e Sims (2000) é caracterizado, como a seleção ou distinção de um líder para um grupo específico que *à priori* não possuía liderança, no sentido de garantir a melhor utilização das capacidades do grupo (*e.g.*, conhecimentos e *know-how* indispensáveis ao desempenho das tarefas propostas), e as necessidades da equipa (*e.g.*, relações de cooperação e confiança entre elementos).

### **As Novas Lideranças**

Recentemente têm sido fornecidas noções do que as lideranças transacional, transformacional e carismática representam (*e.g.*, Burns, 1978; Bass, 1985; Conger & Kanungo, 1987; Avolio & Yammarino, 2013). Estes conceitos definiram um novo rumo às organizações, dado que nas suas premissas, o comportamento dos indivíduos não é unicamente descrito por relações desempenho-recompensa, enquadrando toda uma influência inspiradora.

A emergência de um vasto leque de investigadores com interesses ligados à pesquisa e análise dos aspetos transformacionais, conduziu a esforços científicos renovados, nomeadamente ao nível dos processos cognitivos subjacentes na relação e interação subordinado-líder, liderança inspiracional e carismática, levando a transformações cruciais aquando da mudança de paradigma difundida essencialmente entre os anos 70 a 80, e adiante (Bass & Stogdill, 1990; Galvão & Sawada, 2005).

Nesta sequência, para Burns (1978) a liderança possui um forte carácter de poder uma vez que os líderes devem incitar à execução de tarefas, promovendo os seus seguidores à concreta observação dos objetivos a alcançar, valorizando o seu trajeto sob a expressão de expectativas, motivações e valores considerando igualmente as suas necessidades, impactando no reforço da interação entre ambos. Demonstrando uma certa afinidade com a liderança romântica.

#### *Liderança Transacional*

Líderes com um estilo marcadamente transacional atuam a par da legitimidade e reconhecimento formal concedidos pela organização onde exercem funções, estabelecendo várias interações e perceções em relação ao líder, tal como na liderança romântica (Bass, 1985). Mantendo-se concentrados nos negócios, com o propósito de troca de recursos, apresentando orientação para a aquisição de recompensas direcionadas ao desempenho individual (*e.g.*, comissões salariais, incentivos monetários, etc.) da mesma maneira, que, dirigem a sua condutas de forma pragmática e a favor de tarefas definidas previamente, não arriscando sofrer

punições (Burns, 1978; Bass, 1985). Aliás, é através destas punições que o envolvimento laboral dos colaboradores é reforçado a fim da monitorização de comportamentos não-desejáveis, estando cada indivíduo informado sobre as atitudes, poder e recursos a assumir relativamente aos negócios, apesar de não suceder um desenvolvimento relacional entre ambos uma vez que não há continuidade que os faça permanecer num negócio coletivo (Burns, 1978; Bass, 1985).

### *Liderança Carismática*

Em 1947, Weber concebeu uma teoria de liderança, tendo evidentemente algumas raízes comuns com a liderança romântica, segundo a qual os líderes eram observados pelos seus seguidores como donos de características admiráveis (*i.e.*, carisma) (Yukl, 1999).

A liderança carismática engloba um conjunto de aspetos importantes às atribuições criadas, tal como a influência detida pelo líder face aos seus seguidores e o tipo de relacionamento que vá florescendo ou esteja estabelecido entre ambos. Considerando as várias condutas assumidas pelos líderes, verifica-se que a liderança carismática atesta uma (ou mais) característica(s) atribuída(s) a um líder consoante a forma que é analisado/percecionado por cada seguidor. Nesta medida, vários autores (*e.g.*, House, 1977; Conger & Kanungo, 1988, Conger, 1989, etc.) ampliaram este conceito de liderança ao contexto organizacional a fim de explorar o cerne da função destas perceções face aos líderes (Yukl, 1999).

### *Liderança Transformacional*

Bass (1985) prevê num líder transformacional a capacidade de manifestar excepcionalmente uma "visão" relativa a práticas e processos organizacionais sustentáveis aceites e reconhecidos por todos. A liderança transformacional é evidente quando líderes e colaboradores desenvolvem, fortalecendo, o potencial uns dos outros a um grau superior de motivação, conduta e ética, providenciando poder transformador para ambos os intervenientes, afetando o tipo de relações criadas (Burns, 1998).

Neste modelo, os líderes transformacionais tendem a inspirar os colaboradores independentemente dos interesses individuais que estes possuam, esforçando-se para que, em parceria, logrem melhores resultados em prol dos interesses coletivos com o intuito de superarem as suas expectativas e ascender na carreira. Além disso, líderes transformacionais são capazes de identificar e valorizar motivações e objetivos de diferentes colaboradores, atribuindo maior preocupação às recompensas intrínsecas de cada um, não anulando a relevância das recompensas extrínsecas (Burns, 1998).

Como é observável, a liderança tem sido analisada sob variados formatos tanto num entendimento ao nível de processo (*e.g.*, partilhada) e também com uma interpretação mais ao nível de conteúdo (*e.g.*, transformacional, transaccional, carismática) (Avolio *et al.*, 2009).

### **Liderança Romântica**

Alguns autores, sob a convicção de uma influência bilateral entre colaboradores e líderes, têm dedicado a sua investigação não só a compreender as perceções destes intervenientes, como também, a conceptualizar modos através dos quais os colaboradores são capazes de exercer influência no processo de liderança (Tee, Paulsen, & Ashkanasy, 2013). Alguns exemplos destes conceitos foram já descritos anteriormente nesta secção (*e.g.*, Liderança partilhada; *LMX*).

Pfeffer (1977) foi um dos autores que mencionou a construção fenomenológica como um forte aspeto relacionado à liderança, uma vez que esta posição é observada como distintiva e consequentemente alvo de atribuições causais pelo simbolismo representado em torno dos líderes e nos processos que estes mobilizam junto dos colaboradores.

Esta perspectiva propõe que as teorias implícitas de liderança esclarecem comportamentos de ação entre um ator (líder) e de reação, um observador/seguidor (Schyns, Kiefer, Kerschreiter & Tymon, 2011). Por norma, em contextos de liderança, ocorrem simultâneas ativações de imagens mentais de liderança, sendo que o sentido e interpretações dadas à observação desses comportamentos devem corresponder ao sentido atribuído por cada pessoa individualmente ou em equipa, correspondendo a representações sociais que todas as pessoas detêm acerca do que assumem ser "um líder" - ou seja, a forma como esperam que este aja e se comporte, consoante a sua personalidade (Avolio, 2007; Schyns *et al.*, 2011).

Os autores Bligh, Kohles e Pillai (2011) afirmam que o facto desta liderança ser baseada em aspetos construídos socialmente, convida a uma análise e observação atenta, uma vez que é reunida *à priori* um conjunto de fortes indícios do potencial dos colaboradores. Mannion, McKimm e O'Sullivan (2015) reforçam a noção de que os colaboradores exercem um papel fundamental para a existência de um líder reconhecido, uma vez que podem assumir um caráter influenciador junto deste, moldando as suas condutas e atitudes co-construindo-o ativamente no processo liderança.

Um líder pode ser bastante admirado e ser definido como uma figura exemplar para o bom funcionamento laboral, ou pelo contrário não ter uma expressão favorável ao desenvolvimento da organização, sendo-lhe atribuído um olhar negativo por parte dos colaboradores, bem como o desinteresse/desinvestimento nas suas tarefas (Pfeffer, 1977).



*The Romance of Leadership* estudada por Meindl *et al.* (1985) será então designada por liderança romântica neste trabalho. A teoria apresentada por Meindl *et al.* (1985) compreende o construcionismo social a fim de caracterizar as relações criadas entre colaboradores e líderes. Segundo esta ideia, a figura representada pelo líder é construída e avaliada particularmente através do olhar crítico e interpretação das condutas do líder, carácter, desempenho e eficácia desconsiderando o possível impacto de fatores externos (Avolio *et al.*, 2009). Como tal, este tipo de liderança salienta a forma como os líderes são concebidos e representados internamente por parte dos seus seguidores, fornecendo especial destaque às suas capacidades para influenciar e dominar o meio organizacional, direcionando as organizações para resultados (Epitropaki & Martin, 2004; Bligh, *et al.*, 2011).

Nesta medida, a liderança romântica foi observada como um construto efetivamente multi-nível, uma vez que tanto os grupos como os sujeitos individuais podem analisar a influência do seu líder, devendo a liderança ser fortalecida através da agregação de uma apreciação mais formal e clara de ambos os líderes e das ligações líder-seguidor (Dansereau, Yammarino & Markham, 1995).

Neste contexto, Bligh *et al.*, 2011 subscreve a ideia de Meindl (1990), afirmando que a liderança romântica muitas vezes é empregue como forma de *sensemaking*, ou seja, como forma de fornecer um sentido (racional) à complexidade das experiências organizacionais, estimulando para que se proceda a uma melhor compreensão sobre o impacto psicológico social experimentado pelos colaboradores em meio organizacional. Assim, torna-se razoável acreditar que as perceções tidas acerca de *performances* de sucesso e/ou fracasso assumam carácter subjetivo dependendo de cada indivíduo, refletindo uma visão fragmentária dos acontecimentos, acabando por afetar a realidade das equipas.

Lewin (1944) já havia afirmado que a implementação de novas práticas de liderança é um motor passível de alterar completamente o ambiente das equipas num reduzido espaço de tempo. Mais recentemente é possível verificar que segundo Avolio *et al.* (2009) o campo da liderança está em contante progresso, uma vez que os estudos atuais não apenas fornecem importância ao líder, atentando em muitos outros fatores de relevância como o contexto laboral, colaboradores e novos contextos culturais, etc.

Após esta revisão das várias teorias sobre liderança é pertinente a esta investigação examinar, também, os vários modelos reconhecidos relativamente às equipas e eficácia das mesmas.

### *Liderança em Enfermagem*

É natural que os hospitais exijam capacidades de liderança aos seus enfermeiros, uma vez que em cada serviço é necessário que haja um responsável pela coordenação dos processos e ações a desenvolver por parte das equipas disponíveis (Santos & Silva, 2003).

A este ponto vale a pena destacar que na enfermagem os processos grupais ganham notória multidimensionalidade. Esta realidade exige uma influência recíproca entre os elementos da equipa e o enfermeiro-chefe, tendo em consideração todo o ambiente organizacional onde se encontram inseridos, interferindo este em qualquer estratégia ponderada/delineada e posta em prática (Chaves, 1993). Aquando de uma forte interação grupal, evidencia-se um ganho sinérgico, capaz de complementar os talentos precisos à realização das tarefas (Hackman, 1987).

Nesta medida, no âmbito da saúde, considera-se a liderança como um aspeto estratégico facilitador à criação e promoção de uma cultura organizacional visando a contínua preparação de novos profissionais, onde o trabalho de equipa comporta um encontro organizador das práticas a elaborar e uma aproximação estreita às necessidades manifestadas diariamente, considerando que apenas com equipas colaborativas se atinge a satisfação, excelência na qualidade de cuidados e segurança tanto para os pacientes como para os profissionais (Galvão & Sawada, 2005; Souza, Peduzzi, Silva & Carvalho, 2016;).

Além disso, Simões e Fávero (2003) creêm na enorme importância e responsabilidade das equipas de enfermagem no que respeita à exequibilidade da assistência necessária, pois é através destes recursos humanos que o sustento indispensável a uma boa cooperação é constituído para uma superação eficaz em situações de crise. Investigação levada a cabo por Marques-Quinteiro e colaboradores (2018) sugere também que a forma como as equipas de enfermagem funcionam está positivamente relacionada com os níveis de inovação que estas demonstram no dia-a-dia, o que tem implicações para a resolução de problemas no contexto hospitalar.

É reconhecido que cada indivíduo detém teorias implícitas da sua própria personalidade e do universo que o rodeia. A um nível grupal e, em contexto hospitalar, os enfermeiros procedem habitualmente à realização de diversas ações distintivas envolvendo processos interativos de articulação e discussão conjunta, confiança, respeito mútuo e reconhecimento de papéis (Tabernerero & Wood, 1999; Galvão & Sawada, 2005; Souza *et al.*, 2016). Assim, Tabernerero e Wood (1999) partilham a ideia que o conjunto das teorias implícitas dos elementos de um grupo bastante interativo, como os enfermeiros hospitalares, é capaz de reunir e

influenciar as informações necessárias à construção de um entendimento unânime dos atributos a gerar face ao seu chefe de equipa (*e.g.*, moralidade, competência, carácter etc.).

Assim torna-se plausível que considerando o desafio a ultrapassar, e dada a dinâmica inerente desta classe profissional, os enfermeiros façam várias apreciações e atribuições ao líder e que isto tenha resultados ao nível do desempenho de grupo, pois sendo esta uma profissão alvo de constantes desafios (*e.g.*, contacto com pessoas de todas as idades, vivência de situações de dor, doença e morte, etc) é previsível que os profissionais alterem frequentemente os seus estados emocionais, sendo necessário fazer um bom balanceamento entre os seus intuítos e os seus efeitos a fim de prestarem os melhores cuidados de saúde (Cabral & Florentim, 2015).

A eficácia das equipas pode ser avaliada sob várias perspetivas. Segundo Morgeson *et. al.*, (2010) para que os processos de liderança sejam claramente percebidos como promotores da eficácia de equipa, é necessário primeiramente entender a estrutura e propriedades da equipa.

Conny e Guido (2009), caracterizaram a eficácia das equipas organizacionais principalmente através de duas importantes dimensões: viabilidade e desempenho de equipa, sendo que no presente trabalho o desempenho de equipa irá assumir um papel fulcral. O desempenho de equipa é compreendido, por estes autores, através do modo como a equipa reage face os padrões de desempenho instituídos pelos supervisores, dentro ou fora da organização, e que são esperados por parte dos clientes.

## **Desempenho**

A verificação de necessidades crescentes no que concerne a conhecimentos atuais, *know-how*, testemunho de novas experiências e importância dada ao manuseamento de tecnologias vanguardistas, sinalizam respostas mais ajustáveis, céleres e adaptativas face a este “novo mundo”, constatando-se como imperativo que os processos laborais passem a ser executados, não apenas individualmente, mas através de equipas (Kozlowski & Bell, 2013).

Em virtude da incessante procura de resultados, é natural que os investigadores tendam progressivamente a intervir a favor de abordagens multinível em apropriação organizacional (Rousseau, 1985). Aliás, segundo a autora dilemas associados à agregação são alvo de debates contemporâneos constantes.

Assim, equipas realmente eficazes comprometem-se com um elevado grau de desempenho coletivo mesmo em condições inadequadas. Por conseguinte, esse nível de desempenho obriga-as a introduzir novas regras capazes de revelar novas formas funcionais de intervenção, proporcionando uma maior agilidade e harmonia ao grupo (Zaccaro, Rittman, & Marks, 2001).

Na atualidade as questões relacionadas ao trabalho ganham cada vez mais pertinência, adquirindo uma enorme velocidade de propagação e exigindo dos indivíduos novas abordagens adaptativas para as defrontar (Bennis, 2009). A soma do desempenho adaptativo individual de cada elemento da equipa traduz uma combinação complexa da agregação de recursos significantes (*e.g.*, capacidades, conhecimentos, competências e atitudes) para a concepção do desempenho adaptativo grupal, favorecendo um claro entendimento das condutas distribuídas no grupo (Marques-Quinteiro, Ramos-Villagrasa, Passos, & Currel, 2015).

A descodificação dos mecanismos psicológicos presentes aquando do trabalho de equipa tem-se demonstrado uma temática de real interesse pois, a partir deste conhecimento é possível avançar com a previsão e explicação sobre o sucesso de certas equipas em detrimento de outras (Conny & Guido, 2009).

Os membros da equipa necessitam de incluir com sucesso as suas atitudes individuais assumindo papéis próprios em que o seu desempenho favoreça o sucesso coletivo, sugerindo que possíveis erros na equipa possam consistir não apenas na incapacidade dos seus membros, mas também da carência de organização e harmonização de contribuições individuais coletivamente, sendo fundamental atender a certos aspetos: (i) a realização do trabalho em grupo; (ii) o reforço das aptidões do grupo; (iii) o proporcionar bem-estar dos membros individuais do grupo (Hackman & Katz, 2010).

Segundo Yammarino, Dionne, Chun e Dansereau (2005), dentro do meio organizacional os indivíduos podem ser considerados mediante quatro medidas: Como maioritariamente autónomos e independentes entre si; em díades; grupos/equipas; e como entidades coletivas (Salas *et al.*, 2008).

Os grupos podem ser considerados conjuntos de sujeitos interdependentes que apesar das suas diferenças de potencial tendem a relacionar-se entre si como equipas ou grupos formais, caracterizando-se pela relação direta entre líderes e subordinados. As entidades coletivas, por contraste, detêm de maior abrangência face aos grupos, salientando essencialmente agregações de sujeitos com expectativas idênticas ao abrigo de estruturação hierárquica (Yammarino *et al.*, 2005).

Em concordância com os autores Morgeson e Hofmann (1999), apenas concebendo os segmentos que compõem a ação coletiva (*e.g.*, ocorrências episódicas e informações transmitidas entre colaboradores), somos capazes de perceber a emergência da estrutura coletiva. As atividades dos sujeitos ao se aproximarem, mediante um determinado espaço temporal assumindo carácter consecutivo, a dado instante ganham o título de eventos cíclicos.

Estes eventos ostentam àquilo que se designa por “pontos de contacto”, *i.e.*, reunião entre processos individuais fomentando um padrão combinado de comportamentos agregados.

Uma equipa pode ser caracterizada por dois ciclos interpessoais que permitem prosperar nos trabalhos a desenvolver (Marks *et al.*, 2001). Segundo os mesmos autores é necessário que as equipas atravessem primeiramente fases de transição, nas quais as ações grupais não são dirigidas diretamente, envolvendo apenas a deliberação e definição de métodos e condições favoráveis à antevisão de eficácia futura, caracterizando-se por um intervalo de muita atenção e dedicação, onde as equipas se questionam sobre o seu modo de atuar, observando o seu desempenho e organizando soluções para lacunas observadas anteriormente, fazendo frente a novos desafios com a melhor eficácia possível. Lyubovnikova, Dawson e West (2018) elaboraram sobre estes processos fornecendo alguns exemplos em estes se podem incluir tal como: a distribuição de objetivos, que tende a proporcionar o alinhamento necessário através da criação de planos e sistemas transacionais memória para o alcance dos objetivos.

Por seu lado, as fases de ação descrevem períodos de forte *engagement* e *commitment*. Isto é evidente quando as equipas se encontram altamente envolvidas em tarefas particulares que conduzem ao alcance de objetivos específicos.

Assim, para Klimoski & Mohammed (1994), os modelos mentais partilhados aludem a meios cognitivos que desempenham a tarefa de explicação estímulos e informações externas, resultantes da realidade, passando a ser representados mentalmente com o intuito de promover o conhecimento necessário a práticas comuns. Deste modo, os profissionais de enfermagem podem empregar a utilização de modelos mentais partilhados a fim de desenvolver maiores e melhores tomadas de decisão e eficiência ao nível de processos e condições de grupo, enfrentando os mais variados desafios com desempenho e eficácia superior, atenuando o número de erros (Morgeson *et al.*, 2010).

Segundo Vicente, Rodrigues e D’Oliveira (2014), os estudos sobre a eficácia de equipa centram-se particularmente sobre três respeitáveis modelos, *i.e.*, modelo *Input-Process-Output* (I-P-O), *Input-Mediator-Output-Input* (IMOI) e modelo de eficácia multinível.

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

Este modelo é fortemente apoiado pelos autores McGrath (1984) e Hackman (1987).

McGrath (1984) adverte para a importância que a interação exerce entre membros de um grupo. A interação entre sujeitos contorna uma complexidade de processos, e nesta sequência, o autor assume existirem três padrões decorrentes da interação, que interatuam entre si, afetando também os indivíduos em causa, *i.e.*, padrão de desempenho da tarefa, padrão de

comunicação e padrão de relações interpessoais (McGrath, 1984). Segundo esta premissa, o processo de interação desenvolvido em cada equipa, reflete um padrão de relações específico em termos de condutas, afetos, capacidades e estados, etc., onde as características de cada membro se mostram cruciais ao desenvolvimento das relações e consequente estruturação-base da equipa (*e.g.*, estruturas comunicacionais, estruturas de relações interpessoais, divisão de tarefas, e descrição e delimitação de membros). Deste modo os vários *inputs* afetarão qualquer processo grupal que exija interação, estes por sua vez irão influenciar os *outputs* resultantes do grupo (Hackman, 1987).

Assim, a massa crítica destes efeitos gera o designado "processo de influência", que reconhece os produtos finais da interação criada, partindo desse pressuposto para a prática de ações futuras, subentendendo o ajuste entre todas as possibilidades, exigências ou pressões que as tarefas/situações, atitudes e condutas individuais possam assumir na deliberação dos métodos e estratégias a utilizar face a decisões grupais, providenciando assim a melhor resposta a qualquer problema (McGrath, 1984).

Globalmente os *inputs*, assentes neste modelo - capazes de desenhar a interação grupal e explicar as condições do mesmo - referem-se a: propriedades grupais (estruturação da equipa); propriedades da tarefa/situação; propriedades dos membros do grupo; e propriedades do meio envolvente. As propriedades enumeradas anteriormente tendem a despertar alterações nos *inputs*, conduzindo a importantes modificações nos intervenientes, ou seja, estrutura grupal formulada, ambiente estabelecido e ajustamento do grupo com as tarefas a efetuar, podendo assim ter efeitos nos padrões de relação intra-membro. Os *outputs* resultantes de todo o processo de interação têm uma relação estreita com os inputs, dado às mudanças que lhes provocam, considerando ainda as mudanças fomentadas pelo próprio processo em si (McGrath, 1984).

Assim, Hackman (1987) considera que para um incremento de equipas com elevados níveis de eficácia é essencial atentar numa abordagem normativa e maioritariamente direcionada para a execução de atividades sob a observação de novas referências de interação grupal uma vez que, só assim é possível suscitar o trabalho colaborativo e um esforço conjunto, possibilitando a redução de perdas de processo e obtenção de vantagem sinérgica por parte de todos os elementos.

Segundo o autor esta abordagem reúne três importantes aspetos que garantem a eficácia grupal nomeadamente: desenho do grupo, o suporte contextual que a organização oferece à equipa e as sinergias concebidas em equipa. A aplicação deste modelo tem algumas restrições, uma vez que, apenas pode ser disposto em perspetiva organizacional, através da utilização de

equipas reais que realizam uma ou mais tarefas e cujos colaboradores desempenhem papéis distintos dentro de uma mesma instituição/contexto.

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

Autores como Ilgen, Hollenbeck, Johnson, & Jundt (2005), identificaram alguns défices no modelo anterior, como tal propuseram a utilização do modelo IMOI (*Input-Mediator-Output-Input*). Através deste importante modelo torna-se possível observar qualquer expressão de variáveis mediadoras implícitas nos processos inerentes ao desempenho e eficácia das equipas, atentando conseqüentemente aos resultados obtidos através das mesmas. Segundo este paradigma, qualquer equipa é um alvo constante de influências cíclicas dado que a transmissão de *inputs* no início e na finalização de qualquer processo é necessária, pois qualquer estímulo suportado pela equipa não exerce apenas uma relação direta e causal, fazendo parte de um *feedback* periódico e contínuo.

#### *Modelo de Eficácia Multinível*

O desempenho é um conceito intimamente ligado à eficácia. Salas, Cooke e Rosen (2008) empregam a ideia de Kozlowski e Klein (2000) relativamente à sua definição de desempenho da equipa. Na perspectiva destes autores, este conceito fulcral é observado como um processo multinível, decorrendo de uma combinação entre processos associados ao trabalho da equipa tal como todo o empenho dedicado por parte dos membros deste grupo no sentido de proceder à execução do trabalho indispensável. Deste modo, um processo multinível atende a todos os meios e métodos utilizados para chegar a um objetivo, e não como a representação de um fim em si mesmo (resultado obtido).

O modelo de eficácia multinível concebido por Salas *et al.* (2008) reflete então a análise de equipa com grande valor, considerando as várias transformações em termos de estruturação, conhecimentos, gestão e promoção dos indivíduos com o intuito de reunir as ferramentas essenciais, *e.g.*, cooperação e coordenação, para a elaboração e confrontação das exigências que as tarefas constituem. Os autores também sugerem que estando os conceitos de eficácia e desempenho de equipa intimamente relacionados, podem ser fortemente incitados pela agregação entre atitudes, cognições ou condutas individuais permitindo toda a ação dinâmica e coletiva associada ao desempenho (Salas *et al.*, 2008).

Assim, as cognições de cada indivíduo orientam as equipas a estabelecerem-se a si próprias como uma estrutura superior, capaz de definir um encadeamento partilhado de informações mentais (modelos mentais partilhados) e comunicacionais para a formação e

promoção da melhoria contínua ao nível do desempenho grupal em vários setores laborais, tal como o da saúde (Salas *et al.*, 2008).

### *Desempenho em Equipas de Enfermagem*

As primeiras abordagens acerca das equipas no contexto da enfermagem iniciaram-se no ano de 1950, pretendendo reduzir a desintegração dos recursos humanos nesta área (Souza *et al.*, 2016).

Nos últimos 40 anos o conceito de desempenho laboral tem sofrido várias alterações, nomeadamente, na área do comportamento organizacional (Griffin, Neal, & Parker, 2007).

Para Paauwe e Boselie (2005) organizacionalmente o desempenho é obtido através de resultados financeiros (*e.g.*, ações, vendas e lucros), resultados organizacionais (*e.g.*, eficiência, produtividade e diligências relativas à produção) e por intermédio de resultados relativos aos recursos humanos (*e.g.*, compromisso, intenção de abandono organizacional e satisfação dos colaboradores).

No entanto, a procura por um método mais correto para a explicação do desempenho na área da enfermagem tem sido alvo de grande interrogação para os investigadores (Johnson, Nguyen, Groth, & White, 2018).

Zaccaro *et al.* (2001) reforçam a noção de que as equipas devem estar constantemente preparadas para atuar em meios de elevada dinâmica e sob grandes níveis de complexidade.

O desempenho eleva-se como interesse aos trabalhos de equipa sendo, no âmbito do setor da saúde, este aspeto bastante reportado (Parker, Schmutz, & Manser, 2018). Segundo Reiter-Palmon, Kennel, Allen e Jones (2018) a aplicação destas equipas têm como intuito primário a elaboração e fortalecimento das suas práticas clínicas, influenciando as melhores condições e boas práticas para com os seus utentes.

A noção de adaptação ao desempenho respeita como este pode ser explicado através das mudanças motivacionais afetivas, cognitivas e comportamentais experienciadas pelos sujeitos relativamente às exigências situacionais de um ambiente novo ou em transformação, considerando-se que esta adaptação ao desempenho foi determinada de forma tanto explícita como implícita (Baard, Rench & Kozlowski, 2013).

Como tal, a identidade social assume um papel fundamental nestes contextos, uma vez que uma forte identidade grupal é ostentada por parte dos enfermeiros, estabelecendo relações de dependência entre si e possibilitando o célere alcance dos objetivos propostos (Mannion, McKimm & O'Sullivan, 2015). Segundo as autoras, a identidade do grupo pode ser potenciada através da experiência profissional, na qual colaboradores atribuem, consoante as circunstâncias, sucessos e fracassos ao planeamento efectuado pelo líder, demonstrando-se esta



atitude como fundamental à apreciação crítica, verdade e lealdade ao grupo, estabelecendo-se um espaço propício à manutenção e melhoria contínua desta identidade.

Os métodos a utilizar no trabalho em equipa são analisados como mecanismos motores para a amplificação do funcionamento e eficácia deste (LePine, Piccolo, Jackson, Mathieu & Saul, 2008).

A interdependência refere-se sob a forma como os papéis do trabalho são integrados num sistema social mais vasto, definindo se um indivíduo pode ser eficaz apenas coordenando os deveres da sua função ou, por outro lado, se necessita de intervir em auxílio dos vários participantes sociais dentro da instituição (Griffin *et al.*, 2007).

Hoje em dia devido às mudanças constantes que o contexto organizacional manifesta numa experiência tão multifacetada como a enfermagem, os elementos da equipa precisam de ser mais adaptáveis a organizar os seus comportamentos (Zaccaro, *et al.*, 2001).

Segundo Kahya e Oral (2018) o desempenho laboral pode distinguir-se em duas categorias: desempenho contextual e desempenho de tarefa. Assim, Bendassolli (2017) assume o desempenho contextual como sendo representado por condutas que não constam exatamente no papel a assumir laboralmente, referindo-se a qualquer diligência apta ao suporte da ação organizacional, social, e psicológica dos indivíduos, sendo todos incluídos numa noção de participação ativa e empenho para o cumprimento dos objetivos. Por outro lado, o desempenho de tarefa envolve aspetos diretamente ligados às actividades que devem ser desenvolvidas por parte dos trabalhadores no seu contexto laboral, sendo contempladas questões como a multiplicidade das tarefas praticadas, o trabalho efetuado, velocidade em que as tarefas são concretizadas, qualidade e quantidade do trabalho executado, etc. (Kahya & Oral, 2018).

Deste modo, recursos cognitivos permitem uma maior sofisticação e flexibilidade do desempenho grupal, através de uma maior versatilidade e rapidez nos processos a desenvolver, idealização de estratégias criativas de resolução de problemas e maior receptividade à mudança (Johnson *et al.*, 2018). Deste modo, é natural que equipas de elevada diversidade sejam mais perspicazes, dotando de maiores valências, aptas ao desenvolvimento conjunto, explorando novos conhecimentos que as qualifiquem e tornem mais ajustáveis a toda a dinâmica grupal (Johnson *et al.*, 2018). No entanto, estes autores mencionam ainda, a importância de equipas de baixa distinção funcional, no que respeita à certificação de um atendimento contínuo, pois deste modo os enfermeiros podem ser facilmente substituídos ou recolocados nas suas tarefas, sem baixas médicas que promovam danos ao serviço.

Da reunião participativa de particularidades comuns que afetam a resposta de um grupo ao seu ambiente, resulta a cultura (Hofstede, 1983).

Na perspectiva de Hofstede (1983) a cultura é um conjunto de princípios mantidos colectivamente, indicando uma planificação grupal uma vez que se que se procede à identificação dos membros associados um grupo humano relativamente a outro.

Deste modo, o autor faz alusão a sociedades individualistas e sociedades coletivistas. Nas primeiras, os indivíduos assumem-se como uma sociedade que não aprova o trabalho grupal, preferindo trabalhos individuais e responsabilidades completas sobre si. Por outro lado, as sociedades coletivistas pertencem a uma totalidade integrada, uma vez que estes têm especial tendência para o trabalho de grupo, distribuição de tarefas e responsabilidades. A nível de grandes organizações como a pátria de cada cidadão, os indivíduos tendem a ser protetores, cuidando do interesse de seu *ingroup*, permanecendo inegável a ideia da existência de uma certa disposição por parte dos indivíduos para observar o seu grupo (endogrupo) como mais atrativo, notável e preferível em relação a outros (exogrupo), podendo ser a mesma ideia transposta para as unidades de enfermagem (Smith & Mackie, 2000).

Segundo o Hofstede (1983), é possível verificar um elevado nível de coletivismo em Portugal, o que poderá prever uma média elevada nos resultados adquiridos para a variável desempenho de equipa. Para além disso, a funcionalidade da liderança não se pode desassociar do progresso contínuo ou da produção de metas e níveis organizacionais (Zaccaro & Klimoski, 2002). Deste modo, a liderança manifesta-se como um importante regulador de determinação de metas da equipa e das expectativas associadas ao desempenho (Morgeson *et al*, 2010).

Um indivíduo torna-se provido de liderança, sobretudo, devido à sua atuação em tarefas coletivas, evidenciando a sua valência para intensificar a atividade do grupo (Stogdill, 1948). Em consideração com maior ou menor formalidade que cada sujeito é capaz de dedicar à criação das normas grupais, um líder não deixa de ser um indivíduo a par de todos os outros, apenas representando e instituindo ações superiores na equipa (Day & Harrison, 2007).

No entanto, apesar de existirem imensos trabalhos que requerem tarefas individuais, a dimensão do desempenho humano é reduzida quando os indivíduos não agem em equipa (Woodcock, 2017). Cada vez mais os grupos são anunciados como agentes determinantes à deliberação de estratégias úteis com o desígnio de incentivar a motivação dos colaboradores e o seu nível de *commitment* (Hackman, 1987). Aliás, um dos aspetos principais à chefia de uma equipa requer trabalho conjunto capaz de instituir as suas próprias normas e prioridades para a criação de músculo competitivo, paralelamente com o estabelecimento de relacionamentos positivos, compromisso, participação ativa e persistência face aos objetivos atingir (Galvão & Sawada, 2005). Esta análise remete-nos para a primeira questão de investigação:

*Hipótese 1:* A liderança romântica dos colaboradores tem uma relação direta e positiva com a percepção de desempenho nas equipas de enfermagem.

### **Grit**

Pesquisas alusivas ao esforço perseverante, persistência e determinação são estudadas já há muito tempo (Ryans, 1939). Segundo Ryans, a persistência pode ser concebida como um tema mais geral de motivação, caracterizando-se por um padrão singular apropriado a cada contexto e indivíduo, dependendo da manutenção das ações e condutas a efetuar.

No entanto, *Grit* estabelece-se como um construto relativamente novo ao conhecimento científico.

A perseverança e paixão para colocar metas a longo prazo é definida por Duckworth *et al.* (2007) como *Grit*, traduzindo-se num traço não-cognitivo da personalidade, remetendo à "garra", ao trabalho contínuo, determinado e comprometido pelos objetivos que se pretende alcançar, demonstrando elevada capacidade de superação. Nesta esfera, os autores também analisaram a relação entre determinação e a conscienciosidade, verificando-se nestes indivíduos uma necessidade de planeamento relativamente às ações a realizar para chegar ao sucesso.

Comparativamente a traços cognitivos de inteligência (*e.g.*, Q.I.), torna-se possível compreender qual o cenário de maior rendimento através desta variável face a situações de exigência superior (Duckworth, Quinn & Seligman, 2009). Mesmo em cenários onde, apesar de eventuais fracassos, se salvaguarda o empenho, dedicação e interesse pela concretização de um propósito querido (Duckworth *et al.*, 2007; Perkins-Gough, 2013).

*Grit* abrange duas dimensões no seu cerne: Perseverança de Esforço e Consistência de Interesses. De acordo com os autores Duckworth *et al.* (2007) a perseverança de esforço descreve a concentração minuciosa, constante e absoluta de esforços. Por seu lado, a consistência de interesses refere-se ao equilíbrio e permanência dos interesses desejados, constatando-se como um preditor significativo do sucesso escolar e como um agente mobilizador e catalisador de êxito futuro.

O traço *Grit* é capaz de antecipar o sucesso além das demonstrações de talento dos colaboradores. O facto de um indivíduo (colaborador) ter talento, não é sinónimo de que seja uma pessoa diligente ou apaixonada pelo trabalho que exerce (Perkins-Gough, 2013). Se numa organização existirem vários talentos, os indivíduos mais perseverantes irão ter melhores resultados, pois não irão desistir facilmente da tarefa que lhes foi atribuída, mantendo-se perseverantes face às metas finais (Luthans, Youssef, & Avolio, 2007; Perkins-Gough, 2013;).

Aliás, quando temos consciência das nossas intenções isso leva-nos a alinhar um propósito único para o qual trabalhar eficazmente (Sudbrink, 2016).

A paixão em termos organizacionais define-se pelo entusiasmo ou inspiração provocada por determinadas atividades a nível organizacional (Smilor, 1997). Segundo os estudos de Syed e Mueller (2014), a paixão é fundamental não só para começar um trajeto associativo, mas também para que se mantenha o foco no rumo a perseguir (*i.e.*, consistência do interesse), não desistindo e defendendo-o (*i.e.*, a perseverança do esforço) para que de uma forma contínua se possam desenvolver novas competências suscitando melhores capacidades e influências para novas situações (*i.e.*, orientação de objetivos de aprendizagem). Segundo Duckworth *et al.* (2007) é ainda possível estabelecer-se uma estreita relação entre o *grit* e o autocontrolo, através de uma organização pragmática, ou contrariamente, de possíveis resistências às atividades a realizar.

#### *Grit nas equipas de enfermagem*

No âmbito da enfermagem hospitalar as questões ligadas à determinação e *grit* têm um papel bastante pertinente em razão de toda a persistência e esforço face aos vários desafios que a carreira pode proporcionar aos profissionais (*i.e.*, o desempenho em casos por resolver, obtenção resultados, avaliações de desempenho, clima hospitalar, interação com a equipa, gestão dos turnos, organização do serviço, relação entre o contexto social e familiar/pessoal, etc.).

Para Freed (1998) como nos restantes cuidados de saúde, a perseverança está integrada e patente no compromisso dos profissionais de enfermagem a par da dedicação ao doente.

McCabe (2016), refere que através da experiência da enfermagem, os indivíduos vão gerindo e aprendendo a construir as suas reações e ambições para evoluir a longo prazo nos objetivos profissionais.

Sujeitos detentores de níveis elevados do traço *grit* conseguem beneficiar ao máximo das suas capacidades e conhecimentos uma vez que não desanimam com possíveis irregularidades ou adversidades que possam suceder enquanto desempenham a sua função, igualmente não se distraíndo com objetivos a curto-prazo, embora efetuando-os com o melhor zelo (Credé, Tynan & Harms, 2017).

No âmbito da enfermagem hospitalar a autorregulação é um aspeto de enorme importância para os profissionais, dado que muitas vezes são levados ao limite das suas capacidades físicas e emocionais.

Os mecanismos de autorregulação têm sido utilizados a nível grupal com um intuito de promoção e prevenção, além do seu cerne individual, permitindo que os indivíduos se adaptem facilmente às visões impostas pelos seus líderes associando-se à identidade grupal e servindo como aperfeiçoador de todos os processos ocorrentes no grupo, sendo coletivamente assumido como uma função cultural (Lai, Hsu & Li, 2017).

Stoffel & Cain (2017) denotam a relevância que o *grit* apresenta para qualquer profissão de saúde, uma vez que esta variável assume um papel preponderante ao confronto a tensões e ameaças constituindo-se essencialmente, no reconhecimento do sucesso.

Duckworth *et al.* (2007) referem que indivíduos com maior predisposição à variável de *grit* devem incluir algumas características específicas *e.g.*, auto-confiança, estabilidade e inteligência emocional, vigor, carisma, assim como diversas qualidades positivas. Desta forma é natural que enfermeiros hospitalares devam deter algumas destas características para exercer com o melhor profissionalismo a sua atividade, reunindo estrategicamente alternativas para defrontar qualquer situação imprevisível.

Simões e Fávero (2003) sugerem ainda que os enfermeiros devem estar permanentemente preparados para enfrentar qualquer questão crítica, não se cingindo a rotinas convencionais, introduzindo uma mais-valia no que concerne a mudanças contínuas nos sistemas da saúde.

Um pressuposto associado ao *grit* permite a reflexão sobre a liderança romântica pelo facto de se atribuir eventos negativos e positivos, conforme as crenças assumidas pelos colaboradores, ou seja, mediante a performance demonstrada pelas organizações se o líder for observado como um êxito a seguir naturalmente as suas equipas evidenciarão maiores níveis de *grit*, ou contrariamente, um desastre conduzindo a metas menos ambiciosas e à menor persecução dos objetivos (Duckworth *et al.*, 2007).

Os objetivos apenas podem ser atingidos se os sujeitos estiverem dispostos e motivados a harmonizar recursos combinados, além da satisfação que o trabalho sustenta, podendo a liderança romântica tecer níveis superiores de diligência e devoção dos colaboradores. De facto, a união e partilha, de relações a nível laboral auxilia bastante a criar um trabalho com significado permitindo a facilidade de execução em árduos projetos (Santos & Silva, 2003). No entanto, Morgeson *et.al.*, (2010) referem que a variação das diligências tomadas pelas equipas representa um nível superior de *engagement* nos colaboradores assim como um incremento na sua afeição, estando a essência da liderança romântica fortemente ligada a estas questões considerando as diversas interações capazes de produzir, promovendo a aprendizagem na

equipa e a sua continuidade. Esta questão remete para a segunda hipótese da problemática a investigar:

*Hipótese 2: A liderança romântica das equipas de enfermagem levará a maiores níveis de grit por parte das mesmas.*

#### *Relação de Moderação: Liderança Romântica x Grit*

Visa-se necessário, alinhar ações e metas para a reunião de objetivos que fomentem a criação de ações para a realização de metas, apesar dos obstáculos que possam surgir, enfatizando o papel do autocontrole em todo este processo (Duckworth & Gross, 2014).

De acordo com Hackman (1987) em ofícios inconsistentes e promotores de desalento ou de fracas expectativas laborais, é natural que um grupo sinta dificuldades em prosperar e persistir. Assim, a determinação de dinâmicas para aperfeiçoar os níveis de *grit* tem como ponto crucial o incremento do desempenho, assim como a visão romantizada que os colaboradores possam ter do seu líder, podendo este atuar como um motivador ou desmotivador da performance de equipa consoante o seu nível de *grit* (Credé *et al.*, 2017).

Zaccaro *et al.* (2001) alegam que o sucesso das equipas em contexto organizacional está maioritariamente relacionado aos impactos críticos que a liderança exerce para a maximização do desempenho e progressão contínua, contribuindo significativamente para a eficácia. Desta forma, a classe dos enfermeiros deve contribuir para o cumprimento dos seus compromissos com profissionalismo, paixão, e perserverança de forma a que seja alcançada a melhoria da *performance*, transmitindo aos pacientes maior certeza e segurança nos tratamentos a que são sujeitos.

Tendo o *grit* como referência, urge articular o construto com as restantes variáveis para avaliar o efeito moderador:

*Hipótese 3: O grit exerce uma relação moderadora na relação entre liderança romântica e a perceção de desempenho.*

## MODELO E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A revisão de literatura realizada, denota a importância de investigar a relação entre Liderança Romântica e o Desempenho, e averiguar se realmente o *Grit* pode ter um papel moderador nesta relação, tendo sido constatado que não existem (segundo as pesquisas efetuadas) estudos que se dediquem à relação específica destas variáveis.

Como referido anteriormente em revisão de literatura, o modelo de eficácia de equipas a operar nesta relação é o *Input-Process-Output (I-P-O)* de McGrath (1984), onde a liderança romântica se expressa como *Input*, o *Grit* como *Process*, e o Desempenho como *Output*.

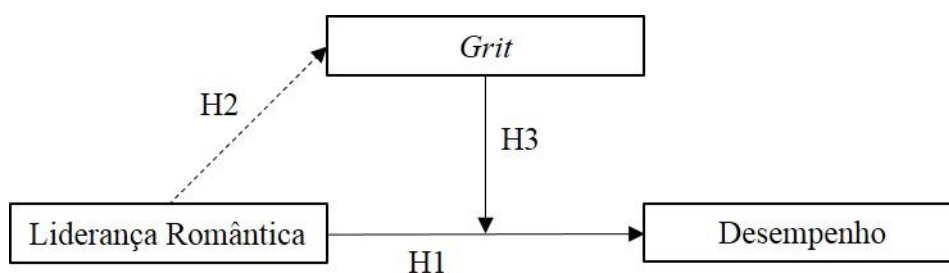


Figura 2: Modelo de Investigação

Considerando a utilidade e pertinência da articulação entre as variáveis supramencionadas, importa reiterar as hipóteses sobre estudo.

Tabela 2 - *Resumo das Hipóteses de Investigação*

- 
- |   |
|---|
| <p><b>H1:</b> A liderança romântica dos colaboradores tem uma relação direta e positiva com a perceção de desempenho nas equipas de enfermagem.</p> <p><b>H2:</b> A liderança romântica das equipas de enfermagem levará a maiores níveis de <i>grit</i> por parte das mesmas.</p> <p><b>H3:</b> O <i>grit</i> exerce uma relação moderadora na relação entre liderança romântica e a perceção de desempenho.</p> |
|---|
-

## MÉTODO

### **Delineamento**

O estudo realizado tem caráter empírico, correlacional, explanatório e entre variáveis (D' Oliveira, 2007), no qual se pretende explorar a relação da variável *Grit* na relação entre a Liderança Romântica e o Desempenho. É exploratório porque na revisão de literatura efetuada, não existem estudos que associem estas três variáveis ao nível grupal e tão-pouco relacionadas à profissão de enfermagem (moderação do *Grit* na relação entre a Liderança Romântica e o Desempenho), apesar de no universo literário existirem vários estudos sobre cada variável.

Este estudo, ainda, pode ser considerado transversal, tendo os dados necessários sido recolhidos num único momento; sendo também não experimental uma vez que nenhuma das variáveis em estudo sofreu manipulação (D' Oliveira, 2007).

### **Participantes**

#### *Caracterização da Amostra*

O processo de amostragem utilizado foi o não probabilístico, por conveniência e seguindo uma amostragem objetiva, uma vez que os participantes foram selecionados de forma dirigida e não-aleatória, participando apenas indivíduos pertencentes à categoria de enfermeiros que, nas suas funções, desenvolvem trabalhos de equipa e que se voluntariaram para participar (Bispo & Marôco, 2003; Marôco, 2014).

A população-alvo foi selecionada a partir de dois hospitais que aceitaram colaborar no estudo, do setor público e privado na região da Grande Lisboa, tendo sido os dados recolhidos através do método papel e lápis, junto dos participantes, que tiveram como tarefa responder a três questionários, sendo o de Liderança Romântica e *Grit* entregues aos colaboradores das equipas participantes e o questionário do Desempenho fornecido aos líderes respetivos de cada equipa (Anexo D). É, no entanto, importante mencionar que este processo não é completamente representativo desta população. Assim adquiriu-se uma amostra de indivíduos bastante homogénea, dado que os participantes se encontravam em funções semelhantes e em organizações da área de saúde. As recolhas destes dados foram efetuadas ao nos dias 5, 6, 26, 27, 28 e 29 do mês de março de 2018, permitindo que a base de dados estivesse terminada no mês de abril do mesmo ano.

O número total e objetivo de participantes que responderam e não responderam ao questionário foi controlado, uma vez que este foi entregue pessoalmente a cada equipa.

Independentemente da amostragem probabilística ser geralmente escolhida em relação à não probabilística, visto que na primeira todos os indivíduos da população têm a mesma



hipótese de se adequar à amostra, devido a aspetos de tempo, dinheiro e custos nem sempre este método é exequível. Em contrapartida, a amostragem não probabilística tem o inconveniente de não garantir que a amostra tenha representatividade na população (Marôco, 2014).

Desta forma, procedeu-se à elaboração de dois níveis de caracterização amostral, *i.e.*, *Caracterização Sociodemográfica por Hospital e Caracterização das Variáveis de Controlo por Hospital*.

### Caracterização Sociodemográfica por Hospital

Tabela 3 - *Género e habilitações literárias por hospital*

		Hospital Público		Hospital Privado	
		Frequência	Percent. (%)	Frequência	Percent. (%)
Género	Masculino	8	15.7%	19	35.2%
	Feminino	43	84.3%	35	64.8%
Habilitações Literárias	12º ano	1	2%	0	0%
	Bacharelato	1	2%	0	0%
	Licenciatura	36	70.6%	48	88.9%
	Pós-Licenciatura	1	2%	0	0%
	Especialidade (Mestrado)	11	21.6%	6	11.1%
	Doutoramento	1	2%	0	0%

Tabela 4 - *Idade por hospital*

	n	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Público	51	38.39	36	9.98	23	61
Privado	54	32.57	31.50	6.81	22	57

### Caracterização das Variáveis de Controlo por Hospital

Tabela 5 - *Número de elementos da equipa e antiguidade na equipa por hospital*

	N	Média	DP	Mínimo	Máximo	
Público	Número de Elementos da Equipa	15	13.18	6.35	3.00	22.40
	Antiguidade na Equipa	18	25.53	15.49	4.00	49.67
Privado	Número de Elementos da Equipa	15	6.39	4.76	17	14.40
	Antiguidade na Equipa	18	3.63	2.15	1.17	9.20

Tabela 6 - *Existência de líder*

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Não	14	13.3	13.5
Sim	90	85.7	86.5
Total	104	99.0	100.0
Em falta	1	1.0	

Colaboraram de modo voluntário 105 participantes nos dois hospitais selecionados, 51 no hospital público e 54 no hospital privado.

A *Caracterização Sociodemográfica por Hospital* refere-se a características como o género, habilitações demográficas (Tabela 3) e idade dos participantes por hospital (Tabela 4). No hospital público, oito são do sexo masculino (15,7%) e 43 do sexo feminino (84,3%); no hospital privado 19 eram homens (35,2%) e 35 eram mulheres (64,8%).

Relativamente às habilitações literárias, no hospital público verificou-se maior diversidade tendo um sujeito o 12º ano (2%), um sujeito com Bacharelato (2%), 36 indivíduos tiraram Licenciatura (70,6%), uma pessoa com pós-licenciatura (2%), 11 com o grau de Especialidade (Mestrado) (21,6%) e um com o Doutoramento (2%). No hospital privado, 48 participantes detêm Licenciatura (88,9%) e seis têm Especialidade (Mestrado) (11,1%) não de confirmando enfermeiros com qualquer outro tipo de habilitação.

A idade dos sujeitos encontra-se entre os 23 e 61 anos no hospital público, ( $M = 38.39$  e  $DP = 9.98$ ); no hospital privado as idades estão entre os 22 e 57 anos ( $M = 32.57$  e  $DP = 6.81$ ).

Em termos de *Idade por hospital* é possível observar que no hospital público o mínimo e máximo de idade é 23 e 61, respetivamente. A mediana é de 36, sendo a média e o desvio-padrão de 38.39 e 9.98. No hospital privado o mínimo é 22 e o máximo de idade corresponde a 57 anos. A mediana é de 31.50, sendo a média e o desvio-padrão de 32.57 e 6.81, respetivamente.

A *Caracterização das Variáveis de Controlo por Hospital* refere-se às variáveis de Número de pessoas da Equipa; Antiguidade na Equipa e Existência de Líder.

Assim das 33 equipas participantes, torna-se possível a verificar que no hospital público o número de elementos de equipa ( $M=13.82$ ,  $DP=6.35$ ) e relativamente à antiguidade ( $M=25.53$ ,  $DP=15.49$ ).

No hospital privado o número de elementos de equipa ( $M=6.39$ ,  $DP=4.76$ ) comparativamente à antiguidade ( $M=3.63$ ,  $DP=2.15$ ).

Enfim, quanto à *Existência de Líder*, verificou-se que dos 105 participantes, um não respondeu a esta questão, sendo que 14 (13.5%) dos quais não percebem um líder na sua equipa e 90 (86.5%) reconhecem existir na equipa uma figura de liderança.

## Procedimento

Primeiramente, procedeu-se à tradução das escalas: *The Romance of Leadership Scale* e *Grit*. Neste processo intervieram, três sujeitos com bons conhecimentos de inglês e ligados à área da psicologia, sendo que a tradução foi efetuada separadamente por dois dos indivíduos, tendo sido posteriormente comparada por um terceiro, que tem o inglês como língua materna, com o intuito de obter a versão final mais adequada, retrotraduzindo todas as escalas, ou seja, baseando-se nas traduções efetuadas nas escalas, tornar a traduzi-las para a língua original de forma a evitar erros de transposição.

Deste modo, as versões finais obtidas em ambas as escalas foram apresentadas ao orientador, que através da comparação das versões originais das escalas e respetivas versões traduzidas concordou com a tradução efetuada, sugerindo algumas alterações (*e.g.*, alterar o sentido dos itens para o plural, substituindo a palavra “organização” por “equipa”). Assim transformando-os para um contexto de equipa em vez de organizacional. Nomeadamente, nas escalas de liderança romântica e *grit* procedeu-se à alteração de alguns itens, no que concerne a expressões idiomáticas da língua inglesa, e que traduzidas de forma literal, distorcem o sentido principal da questão, sendo estas alterações mais evidentes nos itens 23, 24, 26 da escala de liderança romântica.

De modo a conseguir os dados indispensáveis à execução deste estudo, foi feito um primeiro contacto com o Comité de Ética Direção, e Centro de Formação Profissional dos hospitais pretendidos, de modo a obter as autorizações necessárias para a realização do estudo e, assim, solicitar às equipas de enfermagem a sua cooperação. Os contactos iniciais ocorreram entre 22 e 29 de novembro de 2017, com o envio dos documentos solicitados pelo hospital (*i.e.*, *Currículo Vitae*, Carta de apresentação, Resumo do projecto e Questionário), o parecer positivo um dos hospitais, ocorreu a 2 de fevereiro de 2018, o mesmo acontecendo com o outro, a 1 de Março. Seguiram-se as recolhas, entre os dias 5 a 29 de março respetivamente, tendo estas sido realizadas, presencialmente, em papel e lápis e entregues diretamente nos serviços hospitalares. Após o preenchimento dos questionários pelos respetivos intervenientes de cada serviço, foi perguntado ao chefe de equipa alguns indicadores objetivos de desempenho para efeitos de cálculos complementares como: Número de camas ocupadas; Número de camas disponíveis e Número de altas registadas até ao momento daquele dia.

Aquando da aplicação dos questionários houve um conhecimento prévio, por parte dos colaboradores de que o estudo se inseria no contexto de uma Tese de Mestrado em Psicologia do ISPA- Instituto Universitário, revestindo-se o mesmo de carácter voluntário e confidencial. Para efeitos de confirmação e conhecimento esclarecido do estudo, foi fornecido a todos os

participantes um consentimento informado em que era solicitado que assinalassem com uma cruz “(X)” a sua validação para colaborar (Anexo A). Foi fornecido também a todos os participantes, para possíveis esclarecimentos, o contacto eletrónico (via *email*) da investigadora principal.

No final, foi executada a análise dos dados recolhidos utilizando o *Software IBM SPSS Statistics* (v. 25; *SPSS Inc, Chicago, IL*). Relativamente ao tratamento dos dados, inicialmente estes foram inseridos numa base de dados para o pré-teste (N=105) onde foi realizada uma análise fatorial exploratória, por indivíduo, para seleção dos itens a apresentar nas recolhas dos hospitais. Posteriormente às recolhas nos hospitais, foi criada uma base de dados exclusiva para as equipas dos serviços inquiridos (N=33) tendo sido efectuados os tratamentos estatísticos essenciais (cálculo de  $r_{wg}$ , ICC (1), ICC (2), correlações e testes de hipóteses), para alcançar os resultados.

## **Instrumentos**

Os questionários utilizados foram divididos por duas secções sendo a primeira parte constituída por três escalas avaliando as variáveis em estudo (Anexo E) e a segunda parte pelos dados sociodemográficos (Anexo B).

Para avaliar a liderança romântica foi utilizada a versão traduzida/retrotraduzida e adaptada à população portuguesa através de um pré-teste feito previamente a 97 participantes (*Romance Leadership Scale*), instrumento criado pelos autores Schyns, Meindl, e Croon (2007). Deste modo, a escala integra 32 itens que representam afirmações extremas acerca da influência de líderes organizacionais.

Esta escala encontra-se distribuída por 3 fatores numa escala qualitativa, em que 1 significa “A influência de um líder”, 2 “A permutabilidade de um líder” e 3 “A significância da influência de outros fatores”.

O primeiro fator, “A influência de um líder”, retrata crenças sobre como um líder poderá afetar os resultados organizacionais, sendo este o responsável máximo por tudo o que ocorre na organização. O segundo fator, “A permutabilidade dos líderes”, sugere a troca de líderes, não excluindo, uma convicção na influência do líder anterior. Por fim o terceiro fator, “A significância da influência de outros fatores” envolve que possa haver outros aspetos a influenciar o desempenho de uma organização, para além da liderança. Esta escala foi aplicada de acordo com a sequência original da escala, embora com numeração alterada.

Relativamente à escala de Eficácia de Equipas esta respeita a um instrumento de autoavaliação ou autodescrição constituído por 10 itens que na sua versão original foi

desenvolvido para o contexto Canadano por Aubé e Rousseau (2005), sendo que a escala de resposta de cada item varia entre “1 – Não é de todo verdade” a “5 – Totalmente verdade”. No entanto foi utilizada a “Escala de Eficácia de Equipas (3Es): Adaptação para o contexto Português”, escala adaptada à população portuguesa, de Vicente, Rodrigues, e D’Oliveira (2014) constituída por 10 itens a variar numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, onde 1 Significa “Discordo totalmente” 2 “Discordo” 3 ”Nem concordo nem discordo” 4”Concordo” e 5 “Concordo totalmente”, na qual apenas se atendeu à dimensão “Desempenho” retratada nos itens 1, 2 e 3.

Por último, para medir a variável *Grit* foi utilizada uma versão traduzida/retrotraduzida e adaptada à população portuguesa através de um pré-teste feito a 97 participantes da *Grit Scale*. Esta escala foi desenvolvida inicialmente por Duckworth *et al.* (2007) tendo um total de 12 itens, incluindo duas dimensões (*i.e.*, Consistência de Interesses e Perseverança de Esforço) em que à primeira dimensão correspondem as 6 primeiras afirmações e a segunda dimensão é designada pelas 6 afirmações subquentes, sendo estas classificadas numa *rating scale* de tipo *Likert* de 5 pontos em que 1 significa “Nada parecido comigo”, 2 “Não se parece comigo”, 3 “Um pouco parecido comigo”, 4” Bastante parecido comigo”, e 5 “Muitíssimo parecido comigo”. Para a versão portuguesa estes itens foram adaptados para o contexto grupal e neste caso, 1 significa “Nada parecido connosco”, 2 “Não se parece connosco”, 3 “Um pouco parecido connosco”, 4” Bastante parecido connosco”, e 5 “Muitíssimo parecido connosco”.

Por fim, a segunda era constituída por questões sociodemográficas e variáveis de controlo (relativas às equipas e respetivos líderes). Nos dados sociodemográficos foram considerados Idade, género e habilitações literárias. Para variáveis de controlo atendeu-se ao número de elementos de equipa, antiguidade na equipa e perceção de existência de líder, sendo esta última retirada nos questionários apresentados aos líderes.

## RESULTADOS

Esta secção subdivide-se por 6 blocos onde, primeiramente será apresentada a análise fatorial realizada à escala de liderança romântica, preenchida pelos colaboradores das equipas dos serviços hospitalares, seguidamente serão apresentadas as qualidades psicométricas de todas as escalas em estudo observando quão bons indicadores são para o efeito desta análise. Prosseguir-se-à com a demonstração da estatística descritiva das diferentes variáveis (variáveis de estudo e variáveis de controlo), depois com o cálculo dos índices de agregação, correlações entre variáveis e os testes de hipóteses.

### **Análise Fatorial Exploratória**

O procedimento original da escala *The Romance of Leadership* (Schyns *et al.*, 2007) remete à comparação das respostas obtidas com uma matriz ideal. Sendo o interesse deste estudo simplesmente observar a forma como os sujeitos pensam e de que maneira isso se relaciona com as restantes variáveis, assumiu-se não haver necessidade de utilizar os mesmos procedimentos aplicados originalmente, explorando somente a sua estrutura fatorial.

#### *Pré-teste*

Primeiramente, considerando a revisão de literatura efetuada, e antes de qualquer metodologia foi possível verificar que a escala da liderança romântica ainda não se encontrava validada para a população portuguesa, como tal realizou-se uma análise fatorial exploratória para esta amostra específica, podendo ser necessário uma estrutura de maior adequação. Deste modo o pré-teste foi efetuado para efeitos de validade de construto tendo sido também efetuada uma análise de correlações entre liderança romântica, desempenho e *grit* no sentido de verificar se é esperado que estas se relacionem (Anexo C).

Martins (2006), sugere que a validade de construto compreende o grau de consistência com que um instrumento de medida se pode relacionar com outras mensurações e conceitos envolventes duma mesma teoria.

Considerando que existem construtos que fazem mais sentido aplicar numa cultura do que noutra, é natural que as escalas se comportem de modos diferentes. Deste modo optou-se pela realização de uma análise fatorial exploratória (AFE) sobre a matriz de correlações da escala *The Romance of Leadership*, a fim de verificar quais os fatores que explicam a maior variância destes dados para a população portuguesa, com o método de extração de máxima verossimilhança e rotação (*Direct Oblimin.*) (Prearo, Gouvêa, Monari & Romeiro, 2011).

Relativamente à extração de fatores, Conway e Huffcutt (2003) referem que as rotações oblíquas são superiores às rotações ortogonais e que a utilização do fator de máxima verossimilhança representa uma decisão de elevada qualidade, sendo mais refinada e levando a menos erros de cálculo.

Utilizou-se um *loading* de valor absoluto 0.30 em todas a AFE's efetuadas (pré-teste e aplicação dos hospitais), segundo Schyns *et al.* (2007).

Através desta metodologia foram identificados 25 itens forçados a organizarem-se por 3 fatores (LR-1, LR-2, LR-5, LR-6, LR-7, LR-8, LR-9, LR-11, LR-12, LR-13, LR-14, LR-15, LR-16, LR-17, LR-21, LR-22, LR-23, LR-24, LR-25, LR-26, LR-27, LR- 28, LR-30 LR-31, LR-32, sem os itens LR-3, LR-4, LR-10, LR-18, LR-19, LR-20, LR-29) com  $\alpha = 0.772$  (Anexo C).

Segundo Hinkin (1998) a análise fatorial confirmatória (AFC) permite avaliar a qualidade da estrutura fatorial a nível quantitativo, providenciando dados complementares à validade de construto. Após esta análise, colocou-se em hipótese a realização de uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC). No entanto, não foi possível prosseguir com este tipo de análise pois, Marôco (2010) alerta-nos que para a execução de uma AFC é necessário que algumas regras sejam cumpridas. Nomeadamente, a ausência de uma dimensão amostral adequada e número de observações presentes por cada variável do modelo tornaram desadequada a realização da AFC.

#### *Aplicação nos hospitais*

A Análise Fatorial Exploratória (AFE) permite a análise da estrutura de determinado conjunto de variáveis relacionadas entre si, de forma a produzir fatores que permitam explicar a maior variância dos dados originais desta escala (Marôco, 2014).

Desta forma procedeu-se a uma AFE sobre a matriz de correlações da escala *The Romance of Leadership*, a fim de verificar quais os fatores que explicam a maior variância destes dados para a população portuguesa e na realidade hospitalar, através do método de extração de máxima verossimilhança e rotação (*Direct Oblimin.*) iniciando com 25 itens forçando a 3 fatores, tendo-se chegado a uma solução final de 15 itens organizados por 3 fatores (itens: LR-1, LR-2, LR-5, LR-6, LR-7, LR-8, LR-9, LR-11, LR-12, LR-13, LR-14, LR-15, LR-16, LR-17, LR-21 sem os itens LR-23, LR-27, LR-30, LR-22, LR-26, LR-24, LR-25, LR-32, LR-31,LR- 28). Dos 15 itens encontrados foram retirados, por se encontrarem negativos, os itens LR-21, LR-6 e LR-7 com  $\alpha = 0,629$ .



Tabela 7 - *Análise Fatorial Exploratória Hospitais*

	Structure Matrix		
	Fator 1	2	3
<b>LR-17</b>	<b>.99</b>	.05	.09
<b>LR-11</b>	<b>.44</b>	.30	.29
<b>LR-14</b>	<b>-.11</b>	<b>.65</b>	-.27
<b>LR-1</b>	<b>.02</b>	<b>.49</b>	-.09
<b>LR-9</b>	<b>.20</b>	<b>.47</b>	.02
LR-2	.11	<b>.43</b>	.06
LR-8	-.13	<b>.40</b>	-.24
LR-5	.01	<b>.38</b>	.29
LR-15	.13	<b>.38</b>	.02
LR-12	.02	<b>.36</b>	-.03
LR-16	.11	<b>.31</b>	.04
LR-21	-.16	.01	<b>-.64</b>
LR-13	.29	.16	<b>.39</b>
LR-6	-.082	.23	<b>-.33</b>
LR-7	.032	.20	<b>-.24</b>

Extraction Method: Maximum Likelihood

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization

## **Estudo das Qualidades Psicométricas**

### *Escala de Liderança Romântica*

#### *Validade- Análise Fatorial Exploratória*

Foi realizada uma análise fatorial exploratória para verificar a aplicação da escala, uma vez que não existem evidências empíricas, em número suficiente, que expliquem de que maneira pode ser agregada ou analisada.

A validade da escala foi calculada por meio de uma análise fatorial exploratória sobre a matriz de correlações, com extração de fatores pelo Método de Máxima Verossimilhança e com rotação *Direct Oblimin*.

Para analisar a validade da AFE recorreu-se ao critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que segundo os parâmetros estabelecidos por Marôco (2010) apresenta um valor mau mas ainda aceitável de adequação da amostra (KMO= .60) sendo que, o teste de esfericidade de Bartlett confirma ainda que os dados são válidos para a realização da análise fatorial ( $p < .000$ ) (Tabela 8, Anexo F).

Na extração de fatores, foram retidos três fatores, sendo que o primeiro fator explica 11.66%, o segundo 11.62% e o terceiro fator explica cerca de 8.09% da variância total explicada (Anexo F).

Tabela 8 - *Análise Fatorial Exploratória da Escala de Liderança Romântica*

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.60
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	154.76
	df	66
	Sig.	.00

### *Fiabilidade*

O *Alpha de Cronbach* da escala de Liderança Romântica evidencia um valor de consistência interna igual a .65, que segundo Pinto e Chavez (2012) é considerada de baixa classificação (Tabela 9, Anexo F).

Tabela 9 - *Fiabilidade da Escala de Liderança Romântica*

Escala	$\alpha$	Classificação
<i>Liderança Romântica</i>	.65	Baixa

### *Sensibilidade*

Através da sensibilidade de cada item que uma escala apresenta, é-nos permitido compreender se estes são capazes, ou não, de discriminar as respostas dos indivíduos.

Os critérios a validar correspondem à mediana, assimetria, curtose e os valores mínimos e máximos relativos a cada item. Para que estes valores sejam validados corretamente, cada item deve apresentar respostas em todas as categorias; a mediana não deve estar localizada nos extremos; e os valores da assimetria e curtose devem ser  $<|3|$  e  $<|7|$ , respetivamente (Kline, 2015). Além disso, a distribuição normal também deverá ser confirmada através do teste de Kolmogorov-Sminorv ( $n > 50$ ), sendo considerada normal se *p-value*  $> .05$ , em caso deste valor não se verificar, deverão ser averiguados os valores de assimetria e curtose. Por fim, se estes valores se encontrarem dentro dos critérios definidos, não se considera existir um desvio grosseiro à normalidade e, portanto, aceite (Kline, 2015). De acordo com a tabela 10 é possível afirmar que os itens seguem os pressupostos da normalidade porque em termos de assimetria e

achatamento todos os itens se encontram dentro dos padrões estabelecidos por Kline (2015), (Tabela 10, Anexo F).

Tabela 10 - *Sensibilidade dos itens da Escala de Liderança Romântica*

	Mediana	Assimetria	Achatamento	Mínimo	Máximo
LR-1	1.00	.86	-1.10	1	3
LR-2	1.00	.32	-1.75	1	3
LR-5	2.00	-.10	-1.71	1	3
LR-8	3.00	-.48	-1.61	1	3
LR-9	1.00	.37	-1.67	1	3
LR-11	1.50	.57	-1.21	1	3
LR-12	2.00	.10	-1.80	1	3
LR-13	1.00	.56	-0.41	1	3
LR-14	2.00	-.25	-1.70	1	3
LR-15	2.00	.26	-1.56	1	3
LR-16	2.00	.27	-1.77	1	3
LR-17	2.00	.00	-1.66	1	3

Tabela 11 - *Sensibilidade da Escala de Liderança Romântica*

	N	Média	Mediana	DP	Assimetria	Achatamento	Mínimo	Máximo
Liderança Romântica	99	1.90	1.92	0.39	.11	-.13	1.08	3.00

Tabela 12 - *Distribuição da Escala: Liderança Romântica*

	Estatística	df	Sig.
Liderança Romântica	.12	98	.00

a. Lilliefors Significance Correction

### *Escala de Desempenho*

#### *Validade- Análise Fatorial Exploratória*

Para analisar a validade da AFE recorreu-se ao critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que segundo os parâmetros estabelecidos por Marôco (2010) apresenta um valor medíocre de

adequação da amostra (KMO = ,65) e o teste de esfericidade de Bartlett confere que os dados são válidos para a realização da análise fatorial ( $p < .000$ ) (Tabela 13, Anexo G).

Na extração de fatores, foi retido um único fator, explicando 75.22% da variância total explicada.

Tabela 13 - *Análise Fatorial Exploratória da Escala de Desempenho*

<b>KMO and Bartlett's Test</b>		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,65
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	75,25
	df	3
	Sig.	,000

#### *Fiabilidade*

O *Alpha de Cronbach* da escala de Desempenho evidencia um valor de consistência interna igual a .88, que segundo Pinto e Chavez (2012) é considerada aceitável (Tabela 14, Anexo G).

Tabela 14 - *Fiabilidade da Escala de Desempenho*

Escala	$\alpha$	Classificação
<i>Desempenho</i>	.88	Aceitável

#### *Sensibilidade*

Os critérios para avaliar a sensibilidade de cada item correspondem à mediana, assimetria, curtose e os valores mínimos e máximos relativos a cada item. Assim, cada item deve apresentar respostas em todas as categorias; a mediana não deve estar localizada nos extremos; e os valores da assimetria e curtose devem ser  $<|3|$  e  $<|7|$ , respectivamente (Kline, 2015). Além disso, a distribuição normal também deverá ser confirmada através do teste de Kolmogorov-Sminorv ( $n > 50$ ), sendo considerada normal se  $p\text{-value} > .05$ , em caso deste valor não se verificar, deverão ser averiguados os valores de assimetria e curtose. Por fim, se estes

valores se encontrarem dentro dos critérios definidos, não se considera existir um desvio grosseiro à normalidade e, portanto, aceite (Kline, 2015). A tabela 15 indica-nos que em termos de assimetria, os itens seguem os pressupostos da normalidade porque em termos de assimetria e achatamento todos os itens se encontram dentro dos padrões estabelecidos por Kline (2015), (Tabela 15, Anexo G).

Tabela 15 - *Sensibilidade dos itens de Desempenho*

	Mediana	Assimetria	Achatamento	Mínimo	Máximo
D-1	4.00	-.91	1.92	2	5
D-2	4.00	-.35	-.58	3	5
D-3	4.00	-.53	-.58	3	5

Tabela 16 - *Sensibilidade da Escala de Desempenho*

	N	Média	Mediana	DP	Assimetria	Achatamento	Mínimo	Máximo
Desempenho	33	4.30	4.33	0.59	-.48	-.36	3.00	5.00

Tabela 17 - *Distribuição da Escala de Desempenho*

	Estatística	df	Sig.
Desempenho	.19	33	.004

#### *Escala de Grit*

##### *Validade- Análise Fatorial Exploratória*

Para analisar a validade da AFE recorreu-se ao critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que segundo os parâmetros estabelecidos por Marôco (2010) apresenta um valor bom de adequação da amostra (KMO= .81) sendo que, e segundo o teste de esfericidade de Bartlett os dados são válidos para se efetuar a análise fatorial ( $p < .000$ ) (Tabela 18, Anexo H).

Na extração de fatores, foram retidos dois fatores, sendo que o primeiro fator explica 32.02%, o segundo 25.78% da variância total explicada (Anexo H).

Tabela 18 - *Análise Fatorial Exploratória da Escala de Grit*

<b>KMO and Bartlett's Test</b>		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.81
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	675.15
	df	55
	Sig.	.000

### *Fiabilidade*

O *Alpha de Cronbach* da escala de *Grit* evidencia um valor de consistência interna igual a .82, que segundo Pinto e Chavez (2012) é considerado aceitável (Tabela 19, Anexo H).

Tabela 19 - *Fiabilidade da Escala de Grit*

Escala	$\alpha$	Classificação
<i>Grit</i>	.82	Aceitável

### *Sensibilidade*

Os critérios para avaliar a sensibilidade de cada item correspondem à mediana, assimetria, curtose e os valores mínimos e máximos relativos a cada item. Assim, cada item deve apresentar respostas em todas as categorias; a mediana não deve estar localizada nos extremos; e os valores da assimetria e curtose devem ser  $<|3|$  e  $<|7|$ , respetivamente (Kline, 2015). Além disso, a distribuição normal também deverá ser confirmada através do teste de Kolmogorov-Sminorv ( $n > 50$ ), sendo considerada normal se  $p\text{-value} > .05$ , em caso deste valor não se verificar, deverão ser averiguados os valores de assimetria e curtose. Por fim, se estes valores se encontrarem dentro dos critérios definidos, não se considera existir um desvio grosseiro à normalidade uma vez que os valores de assimetria e achatamento se encontram dentro dos padrões estabelecidos por Kline (2015). De acordo com a tabela 20 verifica-se que os itens seguem os pressupostos da normalidade uma vez existem valores positivos e negativos

na assimetria. Em relação ao achatamento existem itens positivos ( $> 0$ , com distribuição leptocúrtica) e negativos ( $< 0$ , platicúrtica). Além disso, nenhum dos itens apresenta a mediana localizada nos extremos (Tabela 20, Anexo H).

Tabela 20 - *Sensibilidade dos itens de Grit*

	Mediana	Assimetria	Achatamento	Mínimo	Máximo
P-1	2.00	.44	-.18	1	5
P-2	2.00	.67	.33	1	5
P-3	2.00	.58	.06	1	5
P-4	2.00	.77	.68	1	5
P-5	2.00	.41	-.39	1	5
P-6	2.00	.56	-.31	1	5
P-8	4.00	-.58	-.13	1	5
P-9	3.00	-.52	.08	1	5
P-10	4.00	-.45	-.46	1	5
P-11	4.00	-.55	-.10	1	5
P-12	4.00	-.66	.29	1	5

Tabela 21 - *Sensibilidade da Escala de Grit*

	N	Média	Mediana	DP	Assimetria	Achatamento	Mínimo	Máximo
<i>Grit</i>	103	2.93	3.00	0.59	.29	3.96	1.00	5.00

Tabela 22 - *Distribuição da Escala de Grit*

	Estatística	df	Sig.
<i>Grit</i>	.19	98	.000

### **Estatística Descritiva das Variáveis**

Tabela 23 - *Estatística Descritiva das Variáveis em Estudo por Hospital*

	N	Média	DP	Mínimo	Máximo	
Público	Liderança	14	2.00	0.21	1.75	2.46
	Romântica	14	2.74	0.43	1.77	3.23
	<i>Grit</i>	15	2.74	0.43	1.77	3.23

Privado	Desempenho	15	4.44	0.59	3.00	5.00
	Liderança					
	Romântica	18	1.83	0.27	1.31	2.21
	<i>Grit</i>	18	3.05	0.57	1.91	4.73
	Desempenho	18	4.17	0.59	3.00	5.00

Os participantes do hospital público revelaram possuir uma percepção de liderança romântica ( $M=2.00$ ,  $DP= 0.21$ ), uma vez que esta se encontra acima do ponto central da escala (2), o que significa que os participantes perceberam o seu líder como romântico. O *grit* ( $M=2.74$ ,  $DP= 0.43$ ) encontra-se abaixo do ponto central da escala (3), o que significa que os participantes não se consideram muito perseverantes. Quanto ao Desempenho ( $M=4.44$ ,  $DP= 0.59$ ), este encontra-se acima do ponto central da escala (3), o que significa que os líderes consideram que as suas equipas têm um bom desempenho.

Por sua vez no hospital privado revelaram possuir uma percepção de liderança romântica ( $M = 1.83$ ,  $DP = 0.27$ ), uma vez que esta encontra-se abaixo do ponto central da escala (2), o que significa que os participantes perceberam o seu líder como romântico. O *grit* ( $M= 3.05$ ,  $DP = 0.57$ ) encontra-se acima do ponto central da escala (3), o que significa que os participantes se consideram perseverantes. Quanto ao Desempenho ( $M = 4.17$ ,  $DP= 0.59$ ) este encontra-se acima do ponto central da escala (3), o que significa que os líderes consideram que as suas equipas têm um bom desempenho.

### **Cálculo do $r_{wg}$ , ICC (1) e ICC (2) – Agregação em equipas**

As respostas de cada indivíduo foram incorporadas ao nível da equipa, tendo como propósito facultar um resultado a este nível de análise para a investigação. O  $r_{wg}$  dá-nos a medida de consenso no grupo sendo um indicador que os indivíduos pensam mesmo como uma equipa.

Esta agregação é essencial para uma melhor compreensão se existem diferenças inter-individuais entre as equipas, salvaguardando que os resultados em cada uma delas são verdadeiramente expressivos das suas convicções, condutas e relacionamento com os seus parceiros de equipa (James, Demaree, & Wolf, 1984). O índice de agregação  $r_{wg}$  diz respeito a valores de análise da variação das respostas dentro da equipa (concordância entre as respostas dos elementos da equipa), tendo sido calculado como fundamentação teórica para a agregação das variáveis em estudo.

Foram também aplicados os índices de agregação ICC (1) e ICC (2) que têm como finalidade a avaliação da consistência das respostas fornecidas por parte dos colaboradores de cada equipa, estabelecendo-se como uma medida de homogeneidade no sentido de perceber



quão as equipas são iguais ou diferentes entre si (mais parecidos entre si ou entre os grupos). Assim, quando a média *within-subjects* é superior à média *between-subjects*, a diferença entre as respostas é maior dentro do grupo do que fora dele, o que indica que são muito homogêneos, não se tornando propriamente fácil de diferenciar as respostas das diferentes equipas. Os valores satisfatórios para agregação das variáveis ao nível da equipa remetem a valores superiores a .70 para o  $r_{wg}$  (James *et al.*, 1984), e entre o intervalo de .05 e de .20 para o ICC (1) e por fim para valores superiores a .70 para o ICC (2), sendo estas valores calculados através do valor de F da Anova (Bliese, 2000).

Todas as análises estatísticas foram realizadas após a agregação das respostas individuais para o nível grupal, sendo este o ponto-chave desta dissertação. Deste modo, o primeiro passo aludiu ao estabelecimento do nível de concordância entre os membros de cada equipa (nível de acordo entre juízes –  $r_{wg}$ ), em relação à liderança romântica percebida para com o supervisor, e ao *grit*. Deste modo, as variáveis liderança romântica e *grit* mostram um  $r_{wg}$  superior a .70, medida credível por James *et al.* (1984) para agregar estas variáveis ao nível de equipa, especificamente .76 e .88.

Recorreu-se aos coeficientes de correlação intraclass ICC (1) e ICC (2) para discriminar a consistência das equipas participantes.

A liderança romântica apresenta valores de .01 e .03 referentes ao ICC (1) e ICC (2). O valor de ICC (2) conduz à interpretação de que as percepções da liderança romântica é superior dentro das equipas, do que entre as equipas de enfermagem, e segundo Bliese (2000) os valores de ICC (2) nunca podem ser menores que os valores de ICC (1), nesta medida teremos de ter em atenção para que isso não aconteça.

Em contrapartida, os valores apresentados pelo ICC (1) e do ICC (2) relativamente ao *grit* são de 0.32 e 0.64 indicando que as percepções de *grit* são inferiores dentro sendo-o também entre equipas (Anexo I).

## **Correlações**

De modo a entender se existem relações (*i.e.*, intensidade e direção) entre as variáveis descritas, efetuou-se *Correlações de Pearson* (Anexo J) e verificou-se que nenhuma das variáveis se encontra correlacionada entre si.

Foi efetuada uma análise para averiguar a validade de construto, ou seja, para verificar se é esperado que os construtos (Liderança Romântica, *Grit* e Desempenho) se relacionem entre si, o que não se confirma. Constatando-se que, a Existência de líder tem uma associação positiva e significativa com o *Grit* ( $r = .32, p < .01$ ) ou seja, quanto maior for o nível de percepção de existência de líder mais elevados serão os níveis de *grit*. Relativamente às restantes variáveis, estas não se encontram associadas entre si, como tal a Hipótese 1 não é suportada.

Relativamente às correlações entre variáveis de estudo e variáveis de controlo não é possível observar relações estatisticamente significativas, ( $p > .05$ ).

Por fim, foram também realizadas as *Correlações de Pearson* no sentido de verificar a existência de relações (*i.e.*, intensidade e direção) entre as variáveis em estudo e os indicadores objetivos de desempenho fornecidos por parte dos hospitais.

Não se observam correlações significativas entre Liderança Romântica e *Grit* e o stressor número de camas ocupadas e os relaxadores número de camas disponíveis e número de altas e o indicador Stressor+Relaxador ( $p > .05$ ).

### Ancova

Procedeu-se aos cálculos necessários para perceber se existem diferenças de desempenho entre hospitais com e sem controlo do efeito da liderança romântica.

Após a cálculo dos pressupostos do teste da Ancova.

Teste de Normalidade:  $p = 0.008$  e  $p = 0.046 < 0.05$ , indicando que as distribuições não são normais. No entanto, na medida em que a assimetria e as curtoses não excedem 1, considera-se não existirem violações graves da normalidade, sendo a Ancova robusta ao incumprimento.

Homogeneidade de variâncias da Anova:  $p = .708$ , logo assume-se a homogeneidade de variâncias na ANOVA.

Homogeneidade de variâncias da Ancova:  $p = 0,604$ , logo não se rejeita  $H_0$  assumindo-se a homogeneidade de variâncias na ANCOVA (Anexo K).

Tabela 24 - Médias de desempenho das equipas em função do hospital, sem controlo do efeito da liderança romântica

	N	M	DP	Erro padrão
1 Público	15	4.44	0.59	0.15
2 Privado	18	4.17	0.59	0.14
Total	33	4.30	0.59	

Tabela 25 - Média de Desempenho por hospital com controlo do efeito da Liderança Romântica

Hospital	N	M	DP
1 Público	14	4.48	0.60
2 Privado	18	4.17	0.59

Total	32	4.30	0.60
-------	----	------	------

Tabela 26 - Médias sem e com controlo de liderança romântica

**Tests of Between-Subjects Effects**

Dependent Variable: Desempenho de Equipa

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	1.29 <sup>a</sup>	2	.65	1.89	.169	.12
Intercept	5.12	1	5.12	14.99	.001	.34
lidr_mean	.54	1	.54	1.57	.220	.05
<b>Hospital</b>	<b>.31</b>	<b>1</b>	<b>.31</b>	<b>.92</b>	<b>.346</b>	<b>.03</b>
Error	9.90	29	.34			
Total	603.44	32				
Corrected Total	11.19	31				

a. R Squared = .115 (Adjusted R Squared = .054)

As médias não diferem sem e com controlo de liderança romântica como covariável, porque efetivamente esta não influencia o desempenho, tal como se pode verificar nos resultados abaixo da ANCOVA,  $F(1, 29) = 0.92, p = .346$ . Não existem diferenças significativas de desempenho entre hospitais.

Tabela 27 - Médias de desempenho sem controlo do efeito da liderança romântica

**Tests of Between-Subjects Effects**

Dependent Variable: Desempenho de Equipa

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	.63 <sup>a</sup>	1	.63	1.84	.185
Intercept	606.69	1	606.69	1766.27	.000
Hospital	.63	1	.63	1.84	.185
Error	10.65	31	.34		
Total	619.44	33			
Corrected Total	11.28	32			

a. R Squared = .056 (Adjusted R Squared = .026)

As médias de desempenho sem controlo do efeito da liderança romântica e a respetiva ANOVA de comparação de médias, de onde como  $p = .185$  concluiu-se que não existiam diferenças de desempenho entre os hospitais.

### Testes de Hipóteses

Com o objetivo de testar as hipóteses colocadas e o modelo de moderação, recorreu-se ao modelo de regressão linear simples, tendo sido num primeiro passo testada uma regressão linear simples entre Liderança Romântica e o Desempenho, e à extensão do *SPSS: PROCESS 2.16.1* avançado por Hayes em 2013, utilizando o Modelo 1 para testar o efeito da moderação simples do efeito do *Grit* nessa relação (Hayes & Rockwood, 2017) (Anexo L).

Não foi encontrada uma relação direta entre a liderança romântica e o desempenho, portanto a Hipótese 1 não foi corroborada,  $F(1,30) = 2.87$ ,  $B = .30$ ,  $p > .05$ ,  $R^2 = .09$ .

Igualmente, a Hipótese 2 também não reuniu os critérios necessários para ser corroborada, onde  $F(1,30) = 2.37$ ,  $B = -.27$ ,  $p > .05$ ,  $R^2 = .08$ .

Por último face à Hipótese 3, e explicando 17.03% ( $R^2 = .17$ ) da variação do Desempenho, o modelo não se apresenta, no entanto, como significativo,  $F(3, 28) = 1.92$ ,  $p = .149$ . O mesmo sucede com o efeito moderador, não permitindo validar um decréscimo do *Grit*,  $B = -0.85$ ,  $t = -1.28$ ,  $p = .212$ , 95%IC = [-2.219; 0.515].

Para baixos níveis de *Grit*, a relação entre Liderança Romântica e Desempenho é positiva e significativa,  $B = 1.14$ ,  $t = 2.33$ ,  $p = .028$ , 95%IC = [0.136-2.146]. Para níveis médios e elevados de *grit* esta relação não é significativa.

O resultado da interação de moderação não existe, ou seja, é não significativo, mas numa análise mais detalhada da liderança no desempenho, para diferentes níveis de *grit*, sugere que quando o romance da liderança é baixo o *grit* assume um papel muito importante para os colaboradores.

### Análise de Resultados Complementares

Segundo Chen & Bliese (2002), a eficácia em equipas aproxima-se à noção de autoeficácia descrita anteriormente por Bandura (1997). Nesta medida, os autores sustentam a ideia de que os indivíduos tendem a persistir e a comprometer-se positivamente com a tarefa a executar quando dispõem de níveis superiores de autoeficácia. Na mesma linha de pensamento, autoeficácia antevê atitudes positivas relativamente ao trabalho, níveis elevados de *performance* laboral, capacitação e proficiência, comportando-se como um amortecedor para

melhorar o impacto de qualquer stressor ligado às atividades laborais no bem-estar psicológico dos colaboradores (Chen & Bliese, 2002).

Para Bittar (1996) a eficiência dos hospitais requer o controlo de importantes indicadores hospitalares como a taxa de ocupação que envolve o número de altas, número de camas ocupadas e número de camas disponíveis constituindo-se como um indicador legítimo de desempenho, uma vez que permite perceber se a instituição está a funcionar abaixo, dentro ou acima das suas capacidades.

Teoricamente, o número de camas ocupadas está relacionado com o número de doentes a dormir nos corredores de instituições hospitalares, estando a superlotação de doentes internados em cada serviço também ligada a este fenómeno, o que acaba por gerar uma grande tensão nas equipas disponíveis, podendo por isso este fator ser pensado como como um stressor (Salvador, Silva, & Lisboa, 2013). Do mesmo modo, o número de camas disponíveis pode ser visto como um relaxador, não exigindo tanta coordenação e logística, por parte dos profissionais.

#### *Número de altas hospitalares*

Explicando 10.40% ( $R^2=.10$ ) da variação da Liderança Romântica, apresenta-se como não significativo,  $F(3, 28) = 1,08, p = .372$ , apresentando-se o *grit* sem qualquer efeito nesta relação (Anexo M).

#### **Camas ocupadas**

Explicando 7.83% ( $R^2=.08$ ) da variação da Liderança Romântica, o modelo não se apresenta como significativo,  $F(3, 28) = .79, p = 0.508$ , apresentando-se o *grit* sem qualquer efeito nesta relação (Anexo M).

#### **Camas disponíveis**

O presente modelo pretende avaliar se o *grit* tem efeito na relação entre o relaxador - Número de Camas Disponíveis e a Liderança Romântica.

Explicando 16.15% ( $R^2=.16$ ) da variação da Liderança Romântica, o modelo não se apresenta como significativo,  $F(3, 28) = 1.80, p = .171$ .

O mesmo sucede com o efeito moderador, sendo igualmente negativo, não permitindo validar que maiores níveis de *grit* influenciam negativamente o número de camas sobre a Liderança Romântica,  $B = -.01, t = -0.47, p = .642, 95\% \text{ IC} = [-0.030; 0.019]$ .

A tendência parece ter a ver com o extremo, ou seja, quando o número de camas disponíveis é elevado, os enfermeiros com mais *grit* parecem ter mais romance de liderança do que os indivíduos com *grit* médio e baixo (Anexo M).

### **Moderação por equipas de hospital**

#### *Hospital Público*

Explicando 11.46% ( $R^2=.11$ ) da variação do Desempenho, o modelo não se apresenta como significativo,  $F(3, 10) = .43, p = .735$ .

O efeito moderador apresenta-se negativo e não significativo, não permitindo validar um decréscimo do efeito da Liderança Romântica no Desempenho do Hospital Público, com o aumento de *grit*,  $B = -1.35, t = -0.77, p = .460, 95\% \text{ IC} = [-5.267, 2.567]$ .

Para níveis baixos e médios de *grit*, a relação entre Liderança Romântica e Desempenho é positiva, mas não significativa, respetivamente,  $B = 1.10, t = 1.06, p = .315, 95\% \text{ IC} = [-1.213, 3.407]$  e  $B = .50, t = .52, p = .617, 95\% \text{ IC} = [-1.657, 2.654]$ .

Para níveis elevados de *grit*, a relação entre Liderança Romântica e Desempenho de Equipa é negativa e não significativa, respetivamente,  $B = -.10, t = -0.07, p = .945, 95\% \text{ IC} = [-3.259, 3.060]$  (Anexo N).

#### *Hospital Privado*

Explicando 19.79% ( $R^2=.20$ ) da variação do Desempenho, o modelo não se apresenta como significativo,  $F(3, 14) = 1.15, p = .363$ .

O efeito moderador apresenta-se negativo e não significativo, não permitindo validar um decréscimo do efeito da Liderança Romântica no Desempenho do Hospital Privado com o aumento de *grit*,  $B = -.54, t = -0.45, p = .657, 95\% \text{ IC} = [-3.096, 2.014]$ .

Para níveis baixos e médios e elevados de *grit*, a relação entre Liderança Romântica e Desempenho é positiva e não significativa. Respetivamente,  $B = .81, t = 1.09, p = .293, 95\% \text{ IC} = [-0.781, 2.3999]$ ,  $B = .50, t = 0.92, p = .375, 95\% \text{ IC} = [-0.6726, 1.6772]$ , e  $B = 0.20, t = 0.20, p = .845, 95\% \text{ IC} = [-1.912, 2.302]$  (Anexo N).

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Esta investigação teve como preocupação a conceção de um modelo teórico que versasse sobre a possível relação de moderação entre as variáveis Liderança Romântica, *Grit* e Desempenho, considerando que o *Grit* deveria moderar a relação entre a Liderança Romântica e o Desempenho.

A investigação sobre as variáveis mencionadas é de real interesse pois permite a reflexão e olhar atento sobre aspectos psicossociais das relações estabelecidas em duas instituições incluídas num mesmo setor.

Os líderes, designadamente na classe de enfermagem, tendem a desenhar, modificar e elevar os objetivos e valores dos membros da sua equipa garantindo que os critérios de excelência são efetivamente atingidos com sucesso. Por sua vez, aos membros de equipa compete a capacidade de enfrentar qualquer desafio laboral, demonstrando o seu melhor desempenho.

Tendo em conta os resultados apresentados anteriormente conclui-se que os mesmos não permitiram corroborar nenhuma das três hipóteses colocadas, não se confirmando o modelo de moderação previsto.

A nível de relações entre as variáveis foi apenas possível encontrar uma relação positiva e significativa entre a variável de controlo Existência de líder com a variável de *Grit*, evidenciando que quanto mais os membros de equipa crêem que existe um líder no grupo, mais estes se demonstram perseverantes, esforçados e dedicados a lutar contra qualquer obstáculo com, vendo neste (ou não) um líder romântico, precisando apenas de um suporte psicológico para prosseguir laboralmente.

Tendo por base a primeira hipótese, deduz-se que uma das causas a favor de a liderança romântica não ter uma relação no desempenho poderá dever-se ao carácter subjetivo que esta variável assume em cada grupo de indivíduos, considerando toda a dinâmica hospitalar, a identidade grupal das equipas e dos serviços e o *stress* implicado em qualquer atividade inerente ao setor da saúde. Assim os enfermeiros assumem uma conduta profissional focada nas suas atividades, não responsabilizando os seus líderes face a sucesso ou percalços organizacionais que possam ocorrer, assim como a perceção dos líderes sobre o desempenho da equipa não assume uma relação com as suas atribuições das mesmas (Lord & Smith, 1983).

Segundo os resultados da segunda hipótese, a mesma também não foi corroborada denotando-se mais uma vez a tensão imposta neste contexto, pois a perceção que os membros de equipa detêm dos seus líderes pode estar a ser contaminada por fatores exteriores e incertos, tornando a sua visão mais turva e menos carismática (Shamir, 1992). Deste modo, o *grit* médio

das equipas não está dependente da perceção que estes detêm dos seus líderes. Ou seja, os membros são determinados e agem conjuntamente e de pensamento uno, sem que precisem de romantizar uma figura superior para agir. É também possível concluir segundo as ideias de Datu *et al.* (2016) que, apesar de a realidade portuguesa se caracterizar como uma sociedade coletivista, atendendo ao contexto, ao estatuto e à cultura presentes nas organizações de saúde, apesar deste meio ser visto como um contexto que funciona através de equipa e segundo objetivos mútuos, existem grandes obstáculos relacionais entre indivíduos sugerindo que o *grit* grupal é em parte enfraquecido, levando a uma menor ligação grupal

Por fim a última hipótese também não foi suportada, depreendendo-se que não existem diferenças significativas na relação entre liderança romântica e o desempenho, com ou sem a presença do fator de *grit* dos membros de equipa, embora a literatura sugerira o inverso (Duckworth *et al.*, 2007).

Paralelamente procedeu-se ao cálculo das variáveis como indicadores objetivos de desempenho recolhidos nos hospitais, não tendo nenhum destes dados se demonstrado como significativo. No entanto e apesar da sua falta de significância o indicador objetivo das camas disponíveis deixa emergir, através das médias e do valor de *p*, uma tendência que parece ter a ver com o extremo, ou seja, que quando o número de camas disponíveis é elevado, os enfermeiros com mais *grit* têm mais romance de liderança do que os indivíduos com *grit* médio e baixo. No entanto no âmbito desta dissertação tal não pode ser afirmado dado à amostra disponível e ao contexto específico em que se realizou.

Apesar do nosso país ser considerado coletivista por Hofstede (1983), demonstrando uma tendência em estabelecer objetivos mútuos, há uma grande distância à liderança, ou seja, apesar de em Portugal os indivíduos se organizarem muito comunitariamente, a nível de grupo os sujeitos têm uma resistência muito grande há autoridade, inclusive no contexto laboral.

Após todas estas evidências há que refletir se estes construtos fossem utilizados individualmente ou num outro contexto, se os resultados não poderiam ser diferentes.

Em suma, constatou-se que os dois hospitais são claramente diferentes do ponto de vista da relação da liderança embora haja diferenças culturais no clima e da cultura de ambos, sendo este um possível promotor de todo o desequilíbrio observado no modelo.



## Limitações e Sugestões Futuras

No que concerne ao presente estudo, é possível enumerar algumas limitações metodológicas a serem ultrapassadas para eventuais estudos futuros sobre a mesma temática.

Salienta-se, primeiramente a fraca estrutura fatorial da escala *The Romance of Leadership Scale*, o que dificultou na obtenção dos resultados desejados, recomendando-se a utilização desta escala em versões mais atuais e com melhoramento das suas qualidades psicométricas.

Seria de interesse a realização de um estudo que abrangesse a escala completa da eficácia em equipas de Vicente *et al.*, (2014) de forma a apurar a relação entre as variáveis do presente estudo e as outras dimensões que a compõem (clima e viabilidade) assim como a utilização de escalas de desempenho mais atuais ou direcionadas a este contexto específico. Assim como na escala de *Grit*, se deveria optar por uma escala mais reduzida e com maiores qualidades psicométricas, considerando mais medições das dimensões do *Grit*.

Considerando que uma das variáveis é de carácter individual (*Grit*), seria interessante em estudos futuros realizar um estudo deste género a nível de análise individual para perceber de que outra forma esta variável a par das outras se podia comportar ou, por outro lado, procurar desvendar mais o nível de análise grupal extendendo a investigação novos contextos de outras organizações (*e.g.*, call-centers ou no âmbito da educação).

As medidas Liderança Romântica e *Grit* foram autoreportadas, não existindo qualquer outra informação senão a percepção dos sujeitos, o que facilmente conduz a um enviesamento do método comum. Segundo Podsakoff, Lee e Podsakoff (2003) este constitui-se um erro de medição das relações entre mensurações, ameaçando a validade das conclusões a retirar, fornecendo explicações discrepantes para as relações analisadas. Isto pode dever-se a diversos fatores, como as qualidades/tradução dos itens e o contexto em que o instrumento foi empregue.

É de salientar que, o questionário de liderança romântica foi efectuado pelos membros de equipa podendo estes sentir algum desconforto a responder, fornecendo respostas socialmente aceitáveis pensando que o chefe teria, de algum modo, acesso aos resultados e não respondendo com a sua real percepção acerca do mesmo.

A reduzida dimensão amostral que pode ter conduzido a resultados com menor potência estatística nos testes de hipótese. No entanto e, considerando as características da unidade de análise escolhida (grupo/equipa) é possível observá-la como uma dimensão admissível à investigação, embora para futuros estudos a utilização de uma amostra maior seja preferível.

As recolhas ao terem ocorrido em ambiente laboral (Hospitais) e em horário de expediente, as respostas ao questionário poderão ter sofrido de menores níveis de precisão dado

que os participantes teriam de interromper as suas funções. para responder ao mesmo. Além disso e dada à sua extensão, o preenchimento do questionário exigia condições propícias de concentração e acuidade, condições essas que se apresentaram impossíveis de alcançar neste estudo.

A avaliação do desempenho das equipas tendo sido executada pelos líderes das mesmas, poderia facilmente conduzir a um fator de desejabilidade de resultados positivos, mesmo que na realidade não isso não se verificasse.

Além da desejabilidade, podem simultaneamente verificar-se outros enviesamentos característicos na disposição para responder ao questionário, como: a utilização do meio termo, não se comprometendo com a resposta dada; escolha de respostas nos extremos; responder de forma aleatória, “ao acaso”; e estados emocionais induzidos por cada questão podendo comportar a uma interpretação diferente, ou não ajustada à realidade. Assim, para controlar enviesamentos como os os mencionados propõe-se indicação de instruções claras e sem ambiguidades, evitando itens com nítida desejabilidade.

## REFERÊNCIAS

- Avolio, B. J. (2007). Promoting more integrative strategies for leadership theory-building. *American psychologist*, 62(1), 25-33. doi: 10.1037/0003-066X.62.1.25.
- Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Weber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual review of psychology*, 60, 421-449. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163621.
- Baard, S. K., Rench, T. A., & Kozlowski, S. W. (2013). Performance adaptation: A theoretical integration and review. *Journal of Management*, 40(1), 48-99. doi: 10.1177/0149206313488210.
- Bass, B. M. (1985). Leadership: Good, better, best. *Organizational dynamics*, 13(3), 26-40. doi: 10.1016/0090-2616(85)90028-2.
- Bass, B. M., & Stogdill, R. M. (1990). Concepts of Leadership. Bass & Stogdill's handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications. Simon and Schuster ISBN: 978-0029015001.
- Bendassolli, P. F. (2017). Desempenho no trabalho: Revisão da literatura. *Psicologia argumento*, 30(68), 171-184. doi: 10.7213/psicol.argum.5895.
- Bennis, W. (2009). *On becoming a leader*. Basic Books. ISBN: 978-0465014088.
- Bergamini, C., W. (1994). Liderança: a administração do sentido. *Revista de Administração de Empresas*, 34(3) 102-114.
- Bispo, R. & Maroco, J. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN:972-796-065-0.
- Bittar, O. J. N. V. (1996). Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, 30, 53-60.
- Bjugstad, K., Thach, E. C., Thompson, K. J., & Morris, A. (2006). A fresh look at followership: A model for matching followership and leadership styles. *Journal of Behavioral and Applied Management*, 7(3), 304-319.
- Bliese, P. D. (2000). Within-group agreement, non-independence, and reliability: Implications for data aggregation and analysis. In K. J. Klein & S. W. Kozlowski (Eds.), *Multilevel theory, research, and methods in organizations*. San Francisco: Jossey-Bass. ISBN: 0-7879-5228-1

- Bligh, M. C., Kohles, J. C., & Pillai, R. (2011). Romancing leadership: Past, present, and future. *The Leadership Quarterly*, 22(6), 1058-1077. doi: 10.1016/j.leaqua.2011.09.003.
- Burns, J. M. (1998). Transactional and Transforming Leadership. In Hickman, G. R.. *Leading organizations: Perspectives for a new era*. Sage Publications Inc, United States of America. ISBN: 978-0761914228.
- Burns, J.M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row. ISBN: 9780060105884.
- Cabral L.R. & Florentim R.J.S. (2015). Saúde Mental dos Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários. *Millenium*, 49, 195-216.
- Chaves, E. H. B. (1993). Aspectos da liderança no trabalho do enfermeiro. *Revista Gaúcha de enfermagem*, 14(1), 53-58.
- Chen, G., & Bliese, P. D. (2002). The role of different levels of leadership in predicting self- and collective efficacy: Evidence for discontinuity. *Journal of Applied Psychology*, 87(3), 549-556. doi: 10.1037/0021-9010.87.3.549.
- Chiavenato, I. (2001). *Teoria geral da Administração*. Rio de Janeiro, Elsevier. ISBN: 978-8535208498.
- Chong, E., & Wolf, H. (2010). Factors influencing followers' perception of organisational leaders. *Leadership & Organization Development Journal*, 31(5), 402-419. doi: 10.1108/01437731011056434.
- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1998). Charismatic leadership in organizations. *Sage Publications*. doi:10.4135/9781452204932. ISBN:9780761916345.
- Conny A. & Guido H. (2009) Team processes, their antecedents and consequences: Implications for different types of teamwork. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 18 (3), 253 – 266. doi: 10.1080/13594320802095502.
- Conway, J. M., & Huffcutt, A. I. (2003). A review and evaluation of exploratory factor analysis practices in organizational research. *Organizational Research Methods*, 6(2), 147-168. doi: 10.1177/1094428103251541.
- Credé, M., Tynan, M. C., & Harms, P. D. (2017). Much ado about *Grit*: A meta.analytic synthesis of the *Grit* literature. *Journal of Personality and Social Psychology*, 113(3), 492.

- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha C., R., Cardoso, C. C., Neves, P. (2014) *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (7.<sup>a</sup>Ed). Lisboa : Rh Editora. ISBN: 978-9728871475.
- D'Oliveira, T. (2007). Teses e dissertações – recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos (2<sup>a</sup> Ed.). Lisboa: Editora RH. ISBN: 9789728871048.
- Dansereau, F., Yammarino, F. J., & Markham, S. E. (1995). Leadership: The multiple-level approaches. *The Leadership Quarterly*, 6(2), 97-109. doi: 10.1016/1048-9843(95)90016-0.
- Datu, J. A. D., Valdez, J. P. M., & King, R. B. (2016). Perseverance counts but consistency does not! Validating the short *Grit* scale in a collectivist setting. *Current Psychology*, 35(1), 121-130. doi: 10.1007/s12144-015-9374-2.
- Day, D. V., & Harrison, M. M. (2007). A multilevel, identity-based approach to leadership development. *Human Resource Management Review*, 17(4), 360-373. doi: 10.1016/j.hrmr.2007.08.007.
- Dinh, J. E., Lord, R. G., Gardner, W. L., Meuser, J. D., Liden, R. C., & Hu, J. (2014). Leadership theory and research in the new millennium: Current theoretical trends and changing perspectives. *The Leadership Quarterly*, 25(1), 36-62. doi: 10.1016/j.leaqua.2013.11.005.
- Duckworth, A. L., Peterson, C., Matthews, M. D., & Kelly, D. R. (2007). *Grit*: Perseverance and passion for long-term goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(6), 1087–1101. doi: 10.1037/0022-3514.92.6.1087.
- Duckworth, A., & Gross, J. J. (2014). Self-control and *Grit*: Related but separable determinants of success. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 319-325. doi: 10.1177/0963721414541462.
- Duckworth, A., Quinn, D., & Seligman, P. (2009). Positive predictors of teacher effectiveness. *Journal of Positive Psychology*, 4(6), 540-547. doi: 10.1080/17439760903157232.
- Epitropaki, O., & Martin, R. (2004). Implicit Leadership Theories in Applied Settings: Factor Structure, Generalizability, and Stability Over Time. *Journal of Applied Psychology*, 89(2), 293–310. doi: 10.1037/0021-9010.89.2.293.
- Freed, P. E. (1998). Perseverance: The meaning of patient education in psychiatric nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(2), 107-113. doi: 10.1016/S0883-9417(98)80060-5.

- Galvão, C. M., & Sawada, N. O. (2005). A liderança como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26(3), 293.
- Graen, G. B., & Uhl-Bien, M. (1995). Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying a multi-level multi-domain perspective. *The Leadership Quarterly*, 6(2), 219-247.
- Griffin, M. A., Neal, A., & Parker, S. K. (2007). A new model of work role performance: Positive behavior in uncertain and interdependent contexts. *Academy Of Management Journal*, 50(2), 327-347. doi: 10.5465/AMJ.2007.24634438.
- Hackman, J. R., & Katz, N. (2010). Group behavior and performance. *Handbook of social psychology*. doi: 10.1002/9780470561119.socpsy002032.
- Hackman, J.R. (1987). The design of work teams. *The Handbook of organizational behavior*. Baylor University Libraries 315—342.
- Hayes, A. F., & Rockwood, N. J. (2017). Regression-based statistical mediation and moderation analysis in clinical research: Observations, recommendations, and implementation. *Behaviour Research and Therapy*, 98, 39-57. doi: 10.1016/j.brat.2016.11.001.
- Hersey, P., Blanchard, K. H., & Natemeyer, W. E. (1979). Situational leadership, perception, and the impact of power. *Group & Organization Studies*, 4(4), 418-428. doi: 10.1177/105960117900400404.
- Hinkin, T. R. (1998). A brief tutorial on the development of measures for use in survey questionnaires. *Organizational Research Methods*, 1(1), 104-121. doi: 10.1177/109442819800100106.
- Hofstede, G. (1983). The cultural relativity of organizational practices and theories. *Journal of international business studies*, 14(2), 75-89. doi: 10.1057/palgrave.jibs.8490867.
- Hogg, M. A., Martin, R., Epitropaki, O., Mankad, A., Svensson, A., & Weeden, K. (2005). Effective leadership in salient groups: Revisiting leader-member exchange theory from the perspective of the social identity theory of leadership. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(7), pp. 991-1004. doi: 10.1177/0146167204273098.
- House, R. J., & Mitchell, T. R. (1975). *Path-goal theory of leadership*. Washington Univ Seattle Dept Of Psychology (No. TR-75-67).

- Ilgén, D. R., Hollenbeck, J. R., Johnson, M., & Jundt, D. (2005). Teams in organizations: From input-process-output models to IMOI models. *Annu. Rev. Psychol.*, *56*, 517-543. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070250.
- James, L. R., Demaree, R. G., & Wolf, G. (1984). Estimating within-group interrater reliability with and without response bias. *Journal of Applied Psychology*, *69*(1), 85.
- Johnson, A., Nguyen, H., Groth, M., & White, L. (2018). Reaping the Rewards of Functional Diversity in Healthcare Teams: Why Team Processes Improve Performance. *Group & Organization Management*, *43*(3), 440 – 474. doi: 10.1177/1059601118769192.
- Kahya, E., & Oral, N. (2018). Measurement of clinical nurse performance: Developing a tool including contextual items. *Journal of Nursing Education and Practice*, *8*(6), 112. doi: 10.5430/jnep.v8n6p112.
- Khan, M. S., Khan, I., Qureshi, Q. A., Ismail, H. M., Rauf, H., Latif, A., & Tahir, M. (2015). The Styles of Leadership: A Critical Review. *Public Policy and Administration Research*, *5*(3), 87-92.
- Klimoski, R., & Mohammed, S. (1994). Team mental model: Construct or metaphor? *Journal of Management*, *20*(2), 403-437. doi: 10.1177/014920639402000206.
- Kline R. B. (2015) *Principles And Practice Of Structural Equation Modeling*. (4 th Ed.).The Guilford Press, New York, NY. ISBN: 978-1462523344
- Lai, C. Y., Hsu, J. S. C., & Li, Y. (2017). Leadership, regulatory focus and information systems development project team performance. *International Journal of Project Management*. doi: 10.1016/j.ijproman.2017.11.001.
- LePine, J. A., Piccolo, R. F., Jackson, C. L., Mathieu, J. E., & Saul, J. R. (2008). A meta-analysis of teamwork processes: tests of a multidimensional model and relationships with team effectiveness criteria. *Personnel Psychology*, *61*(2), pp. 273-307. doi: 10.1111/j.1744-6570.2008.00114.x.
- Lewin, K. (1944). The dynamics of group action. *Educational leadership*, *1*(4), 195-200.
- Lewin, K., Lippitt, R., & White, R. K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created “social climates”. *The Journal of social psychology*, *10*(2), 269-299. doi: 10.1080/00224545.1939.9713366.

- Littman-Ovadia, H., & Lavy, S. (2015). Going the extra mile: Perseverance as a key character strength at work. *Journal of Career Assessment*, 24(2), 240-252. doi: 10.1177/1069072715580322.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1<sup>st</sup>Eds.). (2013). *New Developments in Goal Setting and Task Performance*. New York, NY: Routledge. ISBN:978-0415885485.
- Lord, R. G. & Smith, J. E. (1983). "Theoretical, information processing, and situational factors affecting attribution theory models of organizational behavior", *The Academy of Management Review*, 8 (1), 50-60. doi: 10.5465/AMR.1983.4287658.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge* (p. 3). Oxford: Oxford University Press. ISBN: 978-0-19-518752-6.
- Lyubovnikova, J., West, T. H., Dawson, J. F., & West, M. A. (2018). Examining the Indirect Effects of Perceived Organizational Support for Teamwork Training on Acute Health Care Team Productivity and Innovation: The Role of Shared Objectives. *Group & Organization Management*, 1059601118769742. doi: 10.1177/1059601118769742.
- Mannion, H., McKimm, J., & O'Sullivan, H. (2015). Followership, clinical leadership and social identity. *British Journal of Hospital Medicine*, 76(5), 270-274. doi: 10.12968/hmed.2015.76.5.270.
- Marks, M. A., Mathieu, J. E., & Zaccaro, S. J. (2001). A temporally based framework and taxonomy of team processes. *Academy of Management Review*, 26(3), 356-376. doi: 10.5465/amr.2001.4845785.
- Marôco, J. (2010) *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos Teóricos, Software e Aplicações* (2<sup>a</sup>. Ed). ReportNumber, Lda. ISBN: 9789899676336.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6<sup>a</sup>. Ed). ReportNumber, Lda. ISBN:978-989-96763-4-3.
- Marques-Quinteiro, P., Curral, L., Passos, A. M., Lewis, K., & Gomes, C. (*in Press*). How Transactive Memory Systems and Reflexivity relate with Innovation in Healthcare Teams. *Análise Psicológica*.
- Marques-Quinteiro, P., Ramos-Villagrasa, P. J., Passos, A. M., & Curral, L. (2015). Measuring adaptive performance in individuals and teams. *Team Performance Management*, 21(7/8), 339-360. doi: 10.1108/TPM-03-2015-0014.



- Martins, G. A. (2006). Sobre Confiabilidade e Validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios - RBGN*, 8 (20), 1-12.
- McCabe, E. M. (2016). Can *Grit* Be Nurtured in Undergraduate Nursing Students?. *NASN School Nurse*, 31(3), 144-146. doi: 10.1177/1942602X16634440.
- McGrath, J. E. (1984). *Groups: Interaction and performance* (Vol. 14). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. ISBN: 0-13-365700-0.
- Meindl, J. R., Ehrlich, S. B., & Dukerich, J. M. (1985). The romance of leadership. *Administrative Science Quarterly*, 78-102. ISBN: 10.2307 / 2392813.
- Morgeson, F. P., & Hofmann, D. A. (1999). The structure and function of collective constructs: Implications for multilevel research and theory development. *Academy of management review*, 24(2), 249-265. doi: 10.5465/amr.1999.1893935.
- Morgeson, F. P., DeRue, D. S., & Karam, E. P. (2010). Leadership in teams: A functional approach to understanding leadership structures and processes. *Journal of Management*, 36(1), 5-39. doi: 10.1177/0149206309347376.
- Mumford, M. D., Todd, E. M., Higgs, C., & McIntosh, T. (2017). Cognitive skills and leadership performance: The nine critical skills. *The Leadership Quarterly*, 28(1), 24-39. doi: 10.1016/j.leaqua.2016.10.012.
- Paauwe, J., & Boselie, P. (2005). HRM and performance: what next? *Human Resource Management Journal*, 15(4), 68-83. doi: 10.1111/j.1748-8583.2005.tb00296.x.
- Parker, H. S., Schmutz, J. B., & Manser, T. (2018). Training Needs for Adaptive Coordination: Utilizing Task Analysis to Identify Coordination Requirements in Three Different Clinical Settings. *Group & Organization Management*, 43(3), 504-527. doi: 10.1177/1059601118768022.
- Pearce, C. L., & Conger, J. A. (2003). Chapter 1: Shared Leadership: Paradox and Possibility. In Pearce, C. L., & Conger, J. A. (2003) *Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership*. Sage Publications, Inc, USA. ISBN: 0-7619-2623-2.
- Pearce, C. L., & Sims, H. P. (2000). Shared leadership: Toward a multi-level theory of leadership. In *Advances in interdisciplinary studies of work teams* (115-139). Emerald Group Publishing Limited. doi: 10.1016/S1572-0977(00)07008-4.
- Perkins-Gough, D. (2013). The significance of *Grit*: A conversation with Angela Lee Duckworth. *Educational Leadership*, 71(1), 14-20.

- Pfeffer, J. (1977). The ambiguity of leadership. *Academy Of Management Review*, 2(1), 104-112. doi: 10.5465/amr.1977.4409175.
- Pinto, G. A., & Chavez, J. R. A. (2012). O uso do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação dos serviços no setor de transporte urbano por ônibus. XXXII Encontro Nacional De Engenharia De Produção. Desenvolvimento Sustentável e Responsabilidade Social: As Contribuições da Engenharia de Produção, RS, Brasil.
- Prearo, L. C., Gouvêa, M. A., Monari, C., & Romeiro, M. C. (2011). Avaliação do emprego da técnica de análise fatorial em teses e dissertações de algumas instituições de ensino superior. *REGE Revista de Gestão*, 18(4), 621-637. doi: 10.5700/rege 441.
- Reiter-Palmon, R., Kennel, V., Allen, J., & Jones, K. J. (2018). Good Catch! Using Interdisciplinary Teams and Team Reflexivity to Improve Patient Safety. *Group & Organization Management*. doi: 10.1177/1059601118768163.
- Rousseau, D. M. (1985). Issues of level in organizational research: Multi-level and cross-level perspectives. *Research in organizational behavior*, 7(1), 1-37.
- Ryans, D. G. (1939). The measurement of persistence: an historical review. *Psychological Bulletin*, 36(9), 715. doi: 10.1037/h0060780.
- Salas, E., Cooke, N. J., & Rosen, M. A. (2008). On teams, teamwork, and team performance: Discoveries and developments. *Human factors*, 50(3), 540-547. doi: 10.1518/001872008x288457.
- Salas, E., DiazGranados, D., Klein, C., Burke, C. S., Stagl, K. C., Goodwin, G. F., & Halpin, S. M. (2008). Does team training improve team performance? A meta-analysis. *Human Factors*, 50(6), 903-933. doi: 10.1518/001872008x375009.
- Salvador, R. D. S. P., Silva, B. A. D. S. D., & Lisboa, M. T. L. (2013). Stress at the nursing staff from the fire department in a mobile pre-hospital care. *Escola Anna Nery*, 17(2), 361-368. doi: 10.1590/S1414-81452013000200022.
- Santos & Silva (2003). Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(2), 97-108. doi: 10.1590/S0080-62342003000200012.
- Schyns, B., Kiefer, T., Kerschreiter, R., & Tymon, A. (2011). Teaching implicit leadership theories to develop leaders and leadership: How and why it can make a difference.

- Academy of Management Learning & Education*, 10(3), 397-408. doi: 10.5465/amle.2010.0015.
- Schyns, B., Meindl, J. R., & Croon, M. A. (2007). The romance of leadership scale: Cross-cultural testing and refinement. *Leadership*, 3(1), 29-46. doi: 10.1177/1742715007073063.
- Shamir, B. (1992). Attribution of Influence and Charisma to the Leader: The Romance of Leadership Revisited 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 22(5), 386-407. doi: 10.1111/j.1559-1816.1992.tb01546.x.
- Silva, A. (2016) What is Leadership? *Journal of Business Studies Quarterly*, 8(1), pp. 1-5.
- Simões, A. L. A. & Fávero, N. (2003). O desafio da liderança para o enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(5), 567-573. doi: 10.1590/S0104-11692003000500002.
- Smilor, R. W. (1997). Entrepreneurship: Reflections on a subversive activity. *Journal of Business Venturing*, 12(5), 341-346. doi: 10.1016/S0883-9026(97)00008-6. doi: 10.1016/S0883-9026(97)00008-6.
- Smith, E., & Mackie, D. (2000). *Social Psychology* (2<sup>a</sup> Ed). USA: Psychology Press.
- Sousa, J. P. S., & Santo, E. E. (2010). Uma análise dos estilos de liderança organizacional. *Biblionline*, 6(1), 160-169.
- Souza, G. C. D., Peduzzi, M., Silva, J. A. M. D., & Carvalho, B. G. (2016). Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration?. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 642-649. doi: 10.1590/S0080-623420160000500015.
- Stoffel, J. M., & Cain, J. (2017). Review of *Grit* and Resilience Literature within Health Professions Education. *American Journal of Pharmaceutical Education*, ajpe6150. doi: 10.5688/ajpe6150.
- Stogdill, R., M. (1948) Personal Factors Associated with Leadership: A Survey of the Literature. *The Journal of Psychology. Interdisciplinary and Applied*, 25(1) 35-71. doi: 10.1080/00223980.1948.9917362.
- Sudbrink, L. (2016). Leveraging *Grit* for leadership success. *Leader to Leader*, 2016 (79), 57-62. doi: 10.1002/ltl.20219.

- Sullivan, E. J. & Decker, P. J. (1998). Effective leadership and management in nursing. *The American Journal of Nursing*, 98(6), 16L.
- Syed, I., & Mueller, B. (2014). Finding the passion to persevere: An exploration of the mechanisms by which passion fuels entrepreneurial *Grit*. *Frontiers of Entrepreneurship Research*, 34(6), 1.
- Taberner, C., & Wood, R. E. (1999). Implicit theories versus the social construal of ability in self-regulation and performance on a complex task. *Organizational behavior and human decision processes*, 78(2), 104-127.
- Tee, E. Y., Paulsen, N., & Ashkanasy, N. M. (2013). Revisiting followership through a social identity perspective: The role of collective follower emotion and action. *The Leadership Quarterly*, 24(6), 902-918. doi: 10.1016/j.leaqua.2013.10.002.
- Vicente, Â., M., G., Rodrigues B., S., & D'Oliveira, T., C. (2014) Escala de Eficácia de Equipas (3Es). Adaptação para o contexto Português. *Laboratório de Psicologia, ISPA* 2(1), 3-13. doi: 10.14417/lp.884.
- Woodcock, M. (2017). *Team development manual*. Routledge ISBN: 9781315241715.
- Yammarino, F. J., Dionne, S. D., Chun, J. U., & Dansereau, F. (2005). Leadership and levels of analysis: A state-of-the-science review. *The Leadership Quarterly*, 16(6), 879-919. doi: 10.1016/j.leaqua.2005.09.002.
- Yukl, G. (1989). Managerial leadership: A review of theory and research. *Journal of management*, 15(2), 251-289. doi: 10.1177/014920638901500207.
- Yukl, G. (1999). An evaluation of conceptual weaknesses in transformational and charismatic leadership theories. *The Leadership Quarterly*, 10(2), 285-305. doi: 10.1016/S1048-9843(99)00013-2.
- Yulk G. (2010). *Leadership in Organizations, Introduction: The Nature of Leadership*, (7<sup>th</sup>Ed). New York: Pearson Prentice Hall. ISBN: 978-013-815714-2.
- Zaccaro, S. J., & Banks, D. J., (2002). Leadership, Vision, and Organizational Effectiveness. In Zaccaro S. J., & Klimoski R. J. (Eds.), *The Nature of Organizational Leadership: Understanding the performance imperatives confronting today's leaders*. Jossey-Bass (12). Jossey-Bass, San Francisco.
- Zaccaro, S. J., & Klimoski, R. J., (2002). The Nature of Organizational Leadership An Introduction. In Zaccaro S. J., & Klimoski R. J. (Eds.), *The Nature of Organizational*

*Leadership: Understanding the performance imperatives confronting today's leaders*  
(12). Jossey-Bass, San Francisco.

Zaccaro, S. J., Rittman, A.L., & Marks, M. A. (2001). Team leadership. *The Leadership Quarterly*, 12(4), pp. 451-483.

Zand, D. E. (1996). *The leadership triad: Knowledge, trust, and power*. Oxford University Press.

## ANEXOS

## ANEXO A – Termo De Consentimento Informado

“Eficácia de Equipas de enfermagem hospitalar”

Objetivos de estudo:

O objetivo deste projeto de investigação é estudar a relação entre a liderança, a perseverança, e o desempenho em equipas no setor hospitalar. Os dados recolhidos neste projeto serão utilizados pela aluna Catarina Carvalho para efeitos da elaboração da respetiva tese de mestrado na área de psicologia social e das organizações. A tese foi orientada pelo professor Doutor Pedro Marques-Quinteiro, no âmbito do mestrado integrado em psicologia social e das organizações do ISPA- Instituto Universitário.

Condições de estudo:

Neste questionário serão colocadas algumas questões sobre si e o trabalho em equipa no hospital em que exerce funções. O tempo total previsto de duração do questionário é cerca de 10 minutos. Sendo que, a sua participação é de carácter voluntário.

Confidencialidade, privacidade e Anonimato:

A sua opinião sobre este assunto é de extrema importância. Neste sentido solicita-se que responda a todas as questões de acordo com o que pensa e sente. Não existem repostas certas ou erradas, procura-se sim, a sua resposta espontânea e sincera. As suas respostas serão tratadas apenas para fins estatísticos. Será fornecido feedback dos resultados até ao final do projeto, com previsão de conclusão até ao segundo trimestre de 2018.

Declaro que li os termos do consentimento informado e aceito participar neste estudo

## ANEXO B – Questionário



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

O seguinte questionário foi realizado no âmbito da elaboração de uma Dissertação de Mestrado de 5ºano do Mestrado em Psicologia Social e das Organizações do ISPA – Instituto Universitário. Ser- lhe-ão apresentados questionários onde se pretende entender a sua opinião face a características ligadas à sua chefia direta, bem como da equipa com que trabalha. Também lhe serão colocadas algumas questões demográficas.

Antes de iniciar o preenchimento deste questionário, pense na equipa ou grupo de pessoas com quem colabora mais normalmente. Dê as suas respostas pensando nesta equipa ou grupo de trabalho.

Solicita-se que seja o mais sincero possível nas suas respostas, não existindo respostas certas ou erradas. O preenchimento deste questionário em algum momento dará acesso à sua identidade, o que salvaguarda em absoluto o seu anonimato tal como a confidencialidade dos resultados.

Por favor não escreva o seu nome no questionário. O preenchimento do questionário demorará cerca de 5 minutos.

Para mais informações sobre o estudo disponha do endereço: [catarina8d@gmail.com](mailto:catarina8d@gmail.com)

**OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!**

Dados Demográficos

Líderes de equipa



Idade: \_\_\_\_\_

Género: F  M

Habilitações: \_\_\_\_\_

Quantas pessoas tem a sua equipa ou grupo de trabalho? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo está na sua equipa ou grupo de trabalho? \_\_\_\_\_

#### Colaboradores de equipa

Idade: \_\_\_\_\_

Género: F  M

Habilitações: \_\_\_\_\_

Quantas pessoas tem a sua equipa ou grupo de trabalho? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo está na sua equipa ou grupo de trabalho? \_\_\_\_\_

Na sua equipa ou grupo de trabalho existe alguém que considere ser o líder? \_\_\_\_\_

#### *Líderes de equipa*

### **Desempenho**

Pense no funcionamento da sua equipa e indique em que medida os comportamentos descritos abaixo se aplicam à sua equipa. Utilize a escala apresentada, colocando à frente de cada afirmação o algarismo correspondente à sua resposta.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente

<b>1.</b> Os membros da minha equipa alcançam os objetivos que lhes foram definidos.	
<b>2.</b> Os membros da minha equipa produzem trabalho com qualidade	
<b>3.</b> Esta equipa é produtiva.	

### Liderança Romântica

Esta escala encontra-se distribuída por 3 fatores, em que **1** significa “A influência de um líder”, **2** “A permutabilidade de um líder” e **3** “A significância da influência de outros fatores”.

O primeiro fator, "A influência de um líder", retrata crenças sobre como um líder poderá afetar os resultados organizacionais, sendo este o responsável máximo por tudo o que ocorre na organização. O segundo fator, “A permutabilidade dos líderes”, sugere a troca de líderes, não excluindo, uma convicção na influência do líder anterior. Por fim o terceiro fator, “A significância da influência de outros fatores” envolve que possa haver outros aspetos que possam influenciar o desempenho de uma organização, para além da liderança.

Avalie em que medida é que cada uma das frases apresentadas abaixo pode ser aplicada à sua chefia direta, ou à pessoa que considera o líder do seu grupo de trabalho. Utilize a seguinte escala, colocando à frente de cada afirmação o algarismo correspondente à sua resposta:

1	2	3
A influência de um líder	A permutabilidade de um líder	A significância da influência de outros fatores

<b>1.</b> No fim de contas, a qualidade de liderar é a influência mais importante no funcionamento de uma equipa.	
<b>2.</b> Todo aquele que ocupe um cargo de liderança de equipa numa organização tem o poder de tornar essa equipa num sucesso ou num fracasso.	
<b>3.</b> A liderança de alta versus baixa qualidade tem um maior impacto numa equipa do que um ambiente desfavorável versus favorável.	
<b>4.</b> Com um líder verdadeiramente excelente, quase não há nada que uma equipa não possa realizar.	
<b>5.</b> Mesmo numa má gestão, um bom líder pode evitar que uma equipa fracasse.	
<b>6.</b> É provavelmente uma boa ideia pesquisar sobre a qualidade dos líderes antes de integrar uma equipa.	
<b>7.</b> Quando uma equipa está a falhar, deve-se primeiro olhar para os líderes.	

<b>8.</b> O processo pelo qual os líderes são selecionados é extremamente importante.	
<b>9.</b> Quando os líderes principais são bons, a equipa tem sucesso; quando os líderes principais são maus, a equipa fracassa.	
<b>10.</b> Não há nada tão importante para a performance dos colaboradores de “base” de uma equipa como a qualidade dos seus líderes de alto nível.	
<b>11.</b> As qualidades de liderança estão entre as características pessoais mais importantes que uma pessoa pode ter.	
<b>12.</b> Nenhuma despesa deve ser poupada ao procurar e selecionar um líder.	

### *Grit*

Por favor, indique em que medida cada uma das frases apresentadas abaixo pode ser aplicada à sua equipa ou grupo de trabalho. Utilize a escala apresentada, colocando à frente de cada afirmação o algarismo correspondente à sua resposta:

1	2	3	4	5
Nada parecido connosco	Não se parece connosco	Um pouco parecido connosco	Bastante parecido connosco	Muitíssimo parecido connosco

<b>1.</b> Normalmente a minha equipa define objetivos que mais tarde troca por outros.	
<b>2.</b> Ideias e projetos novos, por norma, distraem a minha equipa dos anteriores.	
<b>3.</b> A cada dois meses a minha equipa tem novos interesses.	
<b>4.</b> Os centros de interesse da minha equipa mudam continuamente.	
<b>5.</b> A minha equipa já ficou obstinada por uma certa ideia ou projeto mas depois desinteressou-se.	
<b>6.</b> A minha equipa tem dificuldade em manter-se focada num projeto que demore mais que alguns meses a completar.	
<b>7.</b> Na minha equipa ultrapassamos obstáculos para conquistar um desafio importante.	
<b>8.</b> A minha equipa termina qualquer coisa que comece.	
<b>9.</b> Os obstáculos não desencorajam a minha equipa.	
<b>10.</b> A minha equipa trabalha arduamente.	
<b>11.</b> A minha equipa de trabalho é aplicada.	

## ANEXO C - Pré-teste e aplicação hospitais

**Structure Matrix 25 itens**

	Factor		
	1	2	3
Liderança 1	<b>,373</b>	,116	-,095
Liderança 2	<b>,441</b>	-,039	-,124
Liderança 5	<b>,453</b>	-,365	-,020
Liderança 6	<b>,644</b>	-,073	,065
Liderança 7	<b>,596</b>	-,004	,003
Liderança 8	<b>,451</b>	-,189	-,046
Liderança 9	<b>,491</b>	-,187	-,038
Liderança 11	<b>,392</b>	-,013	-,082
Liderança 12	<b>,398</b>	-,102	,158
Liderança 13	<b>,339</b>	,242	,068
Liderança 14	<b>,646</b>	-,044	,023
Liderança 15	<b>,661</b>	,098	,027
Liderança 16	<b>,375</b>	,159	,039
Liderança 17	<b>,424</b>	,190	-,277
Liderança 21	,155	<b>,569</b>	,135
Liderança 22	,136	<b>,664</b>	,218
Liderança 23	,145	<b>,565</b>	,108
Liderança 24	-,052	<b>,597</b>	,233
Liderança 25	-,084	<b>,606</b>	,286
Liderança 26	-,046	<b>,357</b>	,341
Liderança 27	-,198	,259	<b>,434</b>
Liderança 28	-,011	,158	<b>,580</b>
Liderança 30	,143	,482	<b>,543</b>
Liderança 31	,024	,241	<b>,633</b>
Liderança 32	,054	,118	<b>,599</b>

Extraction Method: Maximum Likelihood.  
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

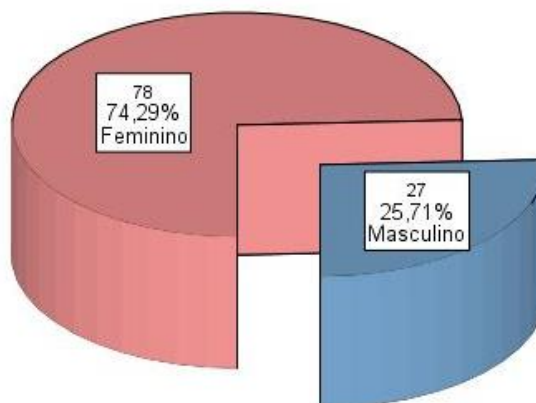
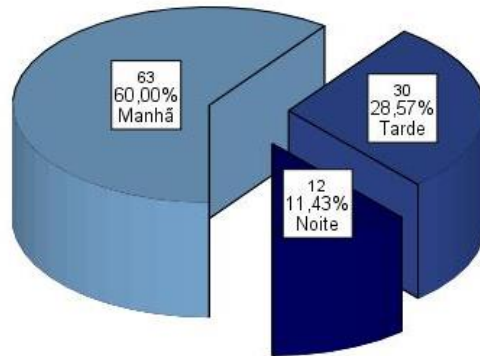
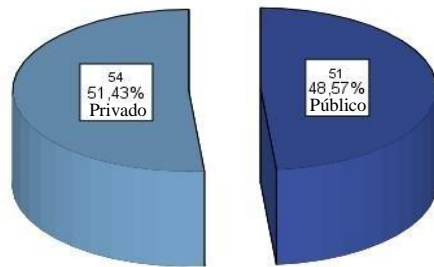
**Structure Matrix**

	Factor		
	1	2	3
LR-17	<b>,986</b>	,054	,086
LR-11	<b>,443</b>	,302	,286
LR-14	-,105	<b>,649</b>	-,269
LR-1	,018	<b>,486</b>	-,092
LR-9	,199	<b>,467</b>	,022
LR-2	,108	<b>,425</b>	,063
LR-8	-,134	<b>,395</b>	-,242
LR-5	,005	<b>,380</b>	,293
LR-15	,131	<b>,375</b>	,021
LR-12	,024	<b>,358</b>	-,033
LR-16	,108	<b>,309</b>	,035
LR-21	-,158	,009	<b>-,637</b>
LR-13	,291	,159	<b>,393</b>
LR-6	-,082	,226	<b>-,327</b>
LR-7	,032	,201	<b>-,241</b>

Extraction Method: Maximum Likelihood.  
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

## ANEXO D – Estatística Descritiva Da Amostra

Hospital  
Público  
Privado



**Turno \* Gênero \* Hospital**

				Gênero			
Hospital				Feminino	Masculino	Total	
Público	Turno	Manhã	Frequência	31	4	35	
			Percentagem	88,6%	11,4%	100,0%	
		Tarde	Frequência	12	4	16	
			Percentagem	75,0%	25,0%	100,0%	
	Total		Frequência	43	8	51	
			Percentagem	84,3%	15,7%	100,0%	
	Privado	Turno	Manhã	Frequência	21	7	28
				Percentagem	75,0%	25,0%	100,0%
		Tarde	Frequência	6	8	14	
			Percentagem	42,9%	57,1%	100,0%	
		Noite	Frequência	8	4	12	
			Percentagem	66,7%	33,3%	100,0%	
Total			Frequência	35	19	54	
			Percentagem	64,8%	35,2%	100,0%	

**Hospital \* Turno**

			Turno			
Hospital			Manhã	Tarde	Noite	Total
Público		Frequência	35	16	0	51
		Percentagem	68,6%	31,4%	0,0%	100,0%
Privado		Frequência	28	14	12	54
		Percentagem	51,9%	25,9%	22,2%	100,0%
Total		Frequência	63	30	12	105
		Percentagem	60,0%	28,6%	11,4%	100,0%

**Hospital \* Habilitações**

			Habilitações						
			12º ano	Bacharelato	Licenciatura	Pós- Licenciatura	Especialidade (Mestrado)	Doutoramento	Total
Hospital	Público	Frequência	1	1	36	1	11	1	51
		Percentagem	2,0%	2,0%	70,6%	2,0%	21,6%	2,0%	100,0%
	Privado	Frequência	0	0	48	0	6	0	54
		Percentagem	0,0%	0,0%	88,9%	0,0%	11,1%	0,0%	100,0%
Total		Frequência	1	1	84	1	17	1	105
		Percentagem	1,0%	1,0%	80,0%	1,0%	16,2%	1,0%	100,0%



**Report**

Hospital		Idade	Número de pessoas da Equipa	Antiguidade na Equipa
Público	N	51	51	51
	Mínimo	23	3	,17
	Máximo	61	30	30,00
	Mediana	36,00	18,00	3,0000
	Média	38,39	14,43	7,0384
	Desvio Padrão	9,982	8,075	7,77722
Privado	N	54	53	53
	Mínimo	22	3	,50
	Máximo	57	60	10,00
	Mediana	31,50	30,00	3,0000
	Média	32,57	26,58	3,7342
	Desvio Padrão	6,809	16,432	2,98437
Total	N	105	104	104
	Mínimo	22	3	,17
	Máximo	61	60	30,00
	Mediana	33,00	19,50	3,0000
	Média	35,40	20,62	5,3545
	Desvio Padrão	8,948	14,326	6,05089

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade do Lider	33	24	64	41,00	12,083
Valid N (listwise)	33				

**Serviço \* Hospital**

		Hospital			
		Público	Privado	Total	
Serviço	Cardiologia	Frequência	8	0	8
		Percentagem	15,7%	0,0%	7,6%
	Cirurgia Geral	Frequência	2	0	2
		Percentagem	3,9%	0,0%	1,9%
	Cuidados Paliativos	Frequência	2	0	2
		Percentagem	3,9%	0,0%	1,9%
	Ginecologia Obstetrícia	Frequência	0	4	4
		Percentagem	0,0%	7,4%	3,8%
	Medicina	Frequência	0	14	14
		Percentagem	0,0%	25,9%	13,3%
	Medicina Interna	Frequência	7	0	7
		Percentagem	13,7%	0,0%	6,7%
	Obstetrícia	Frequência	5	0	5
		Percentagem	9,8%	0,0%	4,8%
	Oncologia	Frequência	4	0	4
		Percentagem	7,8%	0,0%	3,8%
	Ortopedia	Frequência	5	7	12
		Percentagem	9,8%	13,0%	11,4%
	Pediatría	Frequência	2	16	18
		Percentagem	3,9%	29,6%	17,1%
	Psiquiatria	Frequência	5	0	5
		Percentagem	9,8%	0,0%	4,8%
	UCI	Frequência	5	0	5
		Percentagem	9,8%	0,0%	4,8%
	Urgências	Frequência	0	13	13
		Percentagem	0,0%	24,1%	12,4%
	Urologia	Frequência	6	0	6
		Percentagem	11,8%	0,0%	5,7%
Total		Frequência	51	54	105
		Percentagem	100,0%	100,0%	100,0%

**Hospital \* Gênero**

		Gênero			
		Feminino	Masculino	Total	
Hospital	Público	Frequência	43	8	51
		Percentagem	84,3%	15,7%	100,0%
	Privado	Frequência	35	19	54
		Percentagem	64,8%	35,2%	100,0%
Total		Frequência	78	27	105
		Percentagem	74,3%	25,7%	100,0%

**Serviço \* Existência de Líder Hospital Público**

		Existência de Líder			
		Não	Sim	Total	
Serviço	Cardiologia	Frequência	0	8	8
		Percentagem	0,0%	18,2%	15,7%
	Cirurgia Geral	Frequência	1	1	2
		Percentagem	14,3%	2,3%	3,9%
	Cuidados Paliativos	Frequência	1	1	2
		Percentagem	14,3%	2,3%	3,9%
	Medicina Interna	Frequência	0	7	7
		Percentagem	0,0%	15,9%	13,7%
	Obstetrícia	Frequência	0	5	5
		Percentagem	0,0%	11,4%	9,8%
	Oncologia	Frequência	0	4	4
		Percentagem	0,0%	9,1%	7,8%
	Ortopedia	Frequência	1	4	5
		Percentagem	14,3%	9,1%	9,8%
	Pediatria	Frequência	0	2	2
		Percentagem	0,0%	4,5%	3,9%
	Psiquiatria	Frequência	2	3	5
		Percentagem	28,6%	6,8%	9,8%
	UCI	Frequência	1	4	5
		Percentagem	14,3%	9,1%	9,8%
	Urologia	Frequência	1	5	6
		Percentagem	14,3%	11,4%	11,8%
Total		Frequência	7	44	51
		Percentagem	100,0%	100,0%	100,0%

**Serviço \* Existência de Líder - Hospital Privado**

			Existência de Líder		
			Não	1 Sim	Total
Serviço	Ginecologia Obstetrícia	Frequência	1	3	4
		Percentagem	14,3%	6,5%	7,5%
	Medicina	Frequência	1	13	14
		Percentagem	14,3%	28,3%	26,4%
	Ortopedia	Frequência	0	7	7
		Percentagem	0,0%	15,2%	13,2%
	Pediatria	Frequência	1	15	16
		Percentagem	14,3%	32,6%	30,2%
	Urgências	Frequência	4	8	12
		Percentagem	57,1%	17,4%	22,6%
Total		Frequência	7	46	53
		Percentagem	100,0%	100,0%	100,0%

**Report**

Idade

N	Minimum	Maximum	Median	Mean	Std. Deviation
105	22	61	33,00	35,40	8,948

**Report**

Idade

Hospital	N	Minimum	Maximum	Median	Mean	Std. Deviation
1 Público	51	23	61	36,00	38,39	9,982
2 Privado	54	22	57	31,50	32,57	6,809
Total	105	22	61	33,00	35,40	8,948

**Hospital \* Género Crosstabulation**

			Género		
			1 Feminino	2 Masculino	Total
Hospital	1 Público	Count	43	8	51
		% within Hospital	84,3%	15,7%	100,0%
	<u>2 Privado</u>	Count	35	19	54

	% within Hospital	64,8%	35,2%	100,0%
Total	Count	78	27	105
	% within Hospital	74,3%	25,7%	100,0%

#### Hospital \* Habilitações Crosstabulation

		Habilitações							
		1	2	3	4	5	6		
		12º ano	Bacharelato	Licenciatur a	Pós- Licenciatur a	Especialid ade	Doutoram ento	Total	
Hospital	1 Público	Count	1	1	36	1	11	1	51
		% within Hospital	2,0%	2,0%	70,6%	2,0%	21,6%	2,0%	100,0%
	2 Privado	Count	0	0	48	0	6	0	54
		% within Hospital	0,0%	0,0%	88,9%	0,0%	11,1%	0,0%	100,0%
Total		Count	1	1	84	1	17	1	105
		% within Hospital	1,0%	1,0%	80,0%	1,0%	16,2%	1,0%	100,0%

#### Caracterização dos enfermeiros por serviço de hospital

	Hospital Público		Hospital Privado	
	Frequência	Percentagem (%)	Frequência	Percentagem (%)
Cardiologia	8	15.7%	0	0%
Cirurgia Geral	2	3.9%	0	0%
Cuidados Paliativos	2	3.9%	0	0%
Ginecologia e Obstetrícia	0	0%	4	7.4%
Medicina Interna	7	13.7%	0	0%
Medicina Norte	0	0%	14	25.9%
Obstetrícia	5	9.8%	0	0%
Oncologia	4	7.8%	0	0%
Ortopedia	5	9.8%	7	13%
Pediatria	2	3.9%	16	29.6%
Psiquiatria	5	9.8%	0	0%
Unidade de Cuidados Intensivos	5	9.8%	0	0%
Urgências	0	0%	13	24.1%

Urologia	6	11.8%	0	0%
----------	---	-------	---	----

---

*Variáveis de Controle*

**Serviço \* Existência de Líder \* Hospital Crosstabulation**

Hospital		Serviço		Existência de Líder		
				0 Não	1 Sim	Total
1 Público	Serviço	1 Cardiologia	Count	0	8	8
			% of Total	0,0%	15,7%	15,7%
		2 Cirurgia Geral	Count	1	1	2
			% of Total	2,0%	2,0%	3,9%
		3 Cuidados Paliativos	Count	1	1	2
			% of Total	2,0%	2,0%	3,9%
		6 Medicina Interna	Count	0	7	7
			% of Total	0,0%	13,7%	13,7%
		8 Obstetrícia	Count	0	5	5
			% of Total	0,0%	9,8%	9,8%
		9 Oncologia	Count	0	4	4
			% of Total	0,0%	7,8%	7,8%
		10 Ortopedia	Count	1	4	5
			% of Total	2,0%	7,8%	9,8%
		11 Pediatria	Count	0	2	2
			% of Total	0,0%	3,9%	3,9%
		12 Psiquiatria	Count	2	3	5
			% of Total	3,9%	5,9%	9,8%
		13 UCI	Count	1	4	5
			% of Total	2,0%	7,8%	9,8%
	15 Urologia	Count	1	5	6	
		% of Total	2,0%	9,8%	11,8%	
	Total	Count	7	44	51	
		% of Total	13,7%	86,3%	100,0%	
2 Privado	Serviço	4 Ginecologia Obstetrícia	Count	1	3	4
			% of Total	1,9%	5,7%	7,5%
		5 Medicina	Count	1	13	14
			% of Total	1,9%	24,5%	26,4%
		10 Ortopedia	Count	0	7	7
			% of Total	0,0%	13,2%	13,2%
		11 Pediatria	Count	1	15	16
			% of Total	1,9%	28,3%	30,2%

		14 Urgências	Count	4	8	12
			% of Total	7,5%	15,1%	22,6%
	Total		Count	7	46	53
			% of Total	13,2%	86,8%	100,0%
Total	Serviço	1 Cardiologia	Count	0	8	8
			% of Total	0,0%	7,7%	7,7%
		2 Cirurgia Geral	Count	1	1	2
			% of Total	1,0%	1,0%	1,9%
		3 Cuidados Paliativos	Count	1	1	2
			% of Total	1,0%	1,0%	1,9%
		4 Ginecologia Obstetrícia	Count	1	3	4
			% of Total	1,0%	2,9%	3,8%
		5 Medicina	Count	1	13	14
			% of Total	1,0%	12,5%	13,5%
		6 Medicina Interna	Count	0	7	7
			% of Total	0,0%	6,7%	6,7%
		8 Obstetrícia	Count	0	5	5
			% of Total	0,0%	4,8%	4,8%
		9 Oncologia	Count	0	4	4
			% of Total	0,0%	3,8%	3,8%
		10 Ortopedia	Count	1	11	12
			% of Total	1,0%	10,6%	11,5%
		11 Pediatria	Count	1	17	18
			% of Total	1,0%	16,3%	17,3%
		12 Psiquiatria	Count	2	3	5
			% of Total	1,9%	2,9%	4,8%
		13 UCI	Count	1	4	5
			% of Total	1,0%	3,8%	4,8%
		14 Urgências	Count	4	8	12
			% of Total	3,8%	7,7%	11,5%
		15 Urologia	Count	1	5	6
			% of Total	1,0%	4,8%	5,8%
	Total		Count	14	90	104
			% of Total	13,5%	86,5%	100,0%

#### Caracterização dos turnos por hospital

Público		Privado	
Frequência	Percentagem (%)	Frequência	Percentagem (%)

Manhã	35	68.6%	28	51.9%
Tarde	16	31.4%	14	25.9%
Noite	0	0%	12	22.2%

### Report

Mean					
Equipa	Genero_ mean	Idade_mean	Habilitacoes_ mean	N_Equipa_m ean	Equipa_mea n
1 Obstetrícia - Manhã - Público	1,0000	34,0000	3,4000	16,0000	4,7000
2 Oncologia - Manhã - Público	1,0000	42,2500	3,5000	13,7500	10,5000
3 Ortopedia - Manhã - Público	1,2000	47,6000	3,4000	22,4000	14,0000
4 Medicina Interna - Manhã - Público	1,2000	34,6000	3,0000	18,4000	1,1340
5 Medicina Interna - Tarde - Público	1,5000	34,5000	3,0000	18,0000	1,0000
6 Pediatria - Manhã - Público	1,5000	32,0000	4,0000	12,0000	5,2500
7 Cirurgia Geral - Manhã - Público	1,0000	52,0000	2,0000	6,0000	6,0000
8 Cuidados Paliativos - Tarde - Público	1,0000	33,5000	5,5000	15,0000	1,5000
9 Urologia - Manhã - Público	1,0000	38,0000	4,0000	7,2500	3,0000
10 Urologia - Tarde - Público	1,5000	26,5000	3,0000	3,0000	,1700
11 Cardiologia - Manhã - Público	1,2000	41,8000	3,0000	22,0000	14,4000
12 Cardiologia - Tarde - Público	1,0000	32,0000	3,0000	19,0000	5,6667
13 Psiquiatria - Manhã - Público	1,0000	35,0000	3,6667	11,3333	8,0000
14 Psiquiatria - Tarde - Público	1,5000	49,0000	4,0000	3,0000	12,5000
15 UCI - Tarde - Público	1,2000	38,2000	3,8000	10,6000	7,9900
16 Medicina C Norte - Manhã - Privado	1,0000	31,3333	3,0000	38,3333	4,0000
17 Medicina C Norte - Noite - Privado	1,6667	29,0000	3,6667	39,6667	1,3333
18 Medicina C Norte - Manhã B - Privado	1,0000	30,6667	3,0000	4,6667	1,5267
19 Medicina C Norte - Tarde B - Privado	2,0000	38,5000	3,0000	6,5000	6,0000
20 Medicina C Norte - Noite B - Privado	1,3333	27,3333	3,0000	7,6667	1,1667
21 Pediatria - Manhã - Privado	1,6667	28,3333	3,0000	26,6667	3,3333
22 Pediatria - Tarde - Privado	1,3333	35,3333	3,6667	22,0000	2,8333
23 Pediatria - Noite - Privado	1,0000	33,5000	3,0000	30,0000	5,5000
24 Pediatria - Manhã B - Privado	1,3333	27,6667	3,0000	21,3333	1,9433
25 Pediatria - Tarde B - Privado	1,3333	29,6667	3,6667	4,0000	2,2767
26 Pediatria - Noite B - Privado	1,5000	32,0000	3,0000	4,0000	3,5000
27 Urgências - Manhã - Privado	1,2857	32,8571	3,2857	36,0000	3,8100
28 Urgências - Tarde - Privado	2,0000	35,0000	3,0000	34,5000	3,0000
29 Urgencias - Manhã B - Privado	1,5000	36,0000	3,0000	49,6667	2,0000
30 Ortopedia - Manhã - Privado	1,0000	34,6000	3,8000	32,0000	9,2000
31 Ortopedia - Tarde - Privado	1,5000	32,5000	3,0000	14,5000	2,0000
32 Ginecologia Obstetrícia - Tarde - Privado	1,5000	40,0000	3,0000	44,0000	6,5000
33 Ginecologia Obstetrícia - Noite - Privado	1,0000	35,5000	3,0000	44,0000	5,5000
Total	1,2955	35,1740	3,3137	19,9162	4,8859



**Report**

Hospital		rwg_lidr	rwg_GRIT
Público	N	14	14
	Minimum	.00	.25
	Maximum	.98	1.00
	Mean	.7180	.8442
	Std. Deviation	.26699	.23811
Privado	N	17	18
	Minimum	.22	.52
	Maximum	1.00	1.00
	Mean	.8307	
	Std. Deviation	.24377	.11908
Total	N	31	32
	Minimum	.00	.25
	Maximum	1.00	1.00
	Mean	.7798	.8839
	Std. Deviation	.25658	.18115

## ANEXO E – Estatística Descritiva das Variáveis em Estudo

Report				
		Liderança		
Hospital		Romantica	GRIT	Desempenho
1 Público	N	14	15	15
	Minimum	1,75	1,77	3,00
	Maximum	2,46	3,23	5,00
	Mean	2,0021	2,7413	4,4444
	Std. Deviation	,20623	,43441	,58644
2 Privado	N	18	18	18
	Minimum	1,31	1,91	3,00
	Maximum	2,21	4,73	5,00
	Mean	1,8259	3,0450	4,1667
	Std. Deviation	,26866	,56778	,58578
Total	N	32	33	33
	Minimum	1,31	1,77	3,00
	Maximum	2,46	4,73	5,00
	Mean	1,9030	2,9070	4,2929
	Std. Deviation	,25554	,52669	,59370

Descriptives				
	Hospital		Statistic	Std. Error
Desempenho	1 Público	Mean	4,4444	,15142
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4,1197
		Upper Bound	4,7692	
		5% Trimmed Mean	4,4938	
		Median	4,6667	
		Variance	,344	
		Std. Deviation	,58644	
		Minimum	3,00	
		Maximum	5,00	
		Range	2,00	
	Interquartile Range	1,00		
	Skewness	-1,043	,580	
	Kurtosis	,908	1,121	
2 Privado	Mean	4,1667	,13807	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,8754	
	Upper Bound	4,4580		

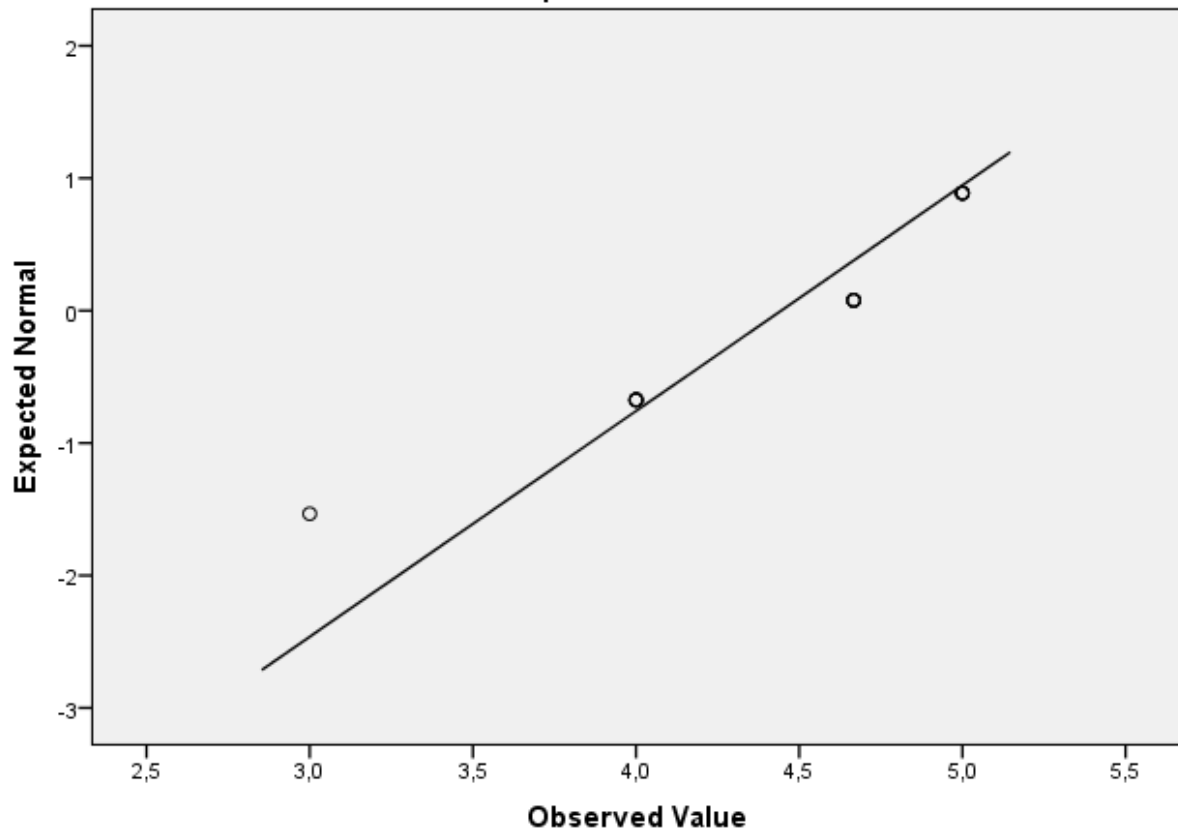
5% Trimmed Mean	4,1852	
Median	4,0000	
Variance	,343	
Std. Deviation	,58578	
Minimum	3,00	
Maximum	5,00	
Range	2,00	
Interquartile Range	,50	
Skewness	-,146	,536
Kurtosis	-,228	1,038

### Tests of Normality

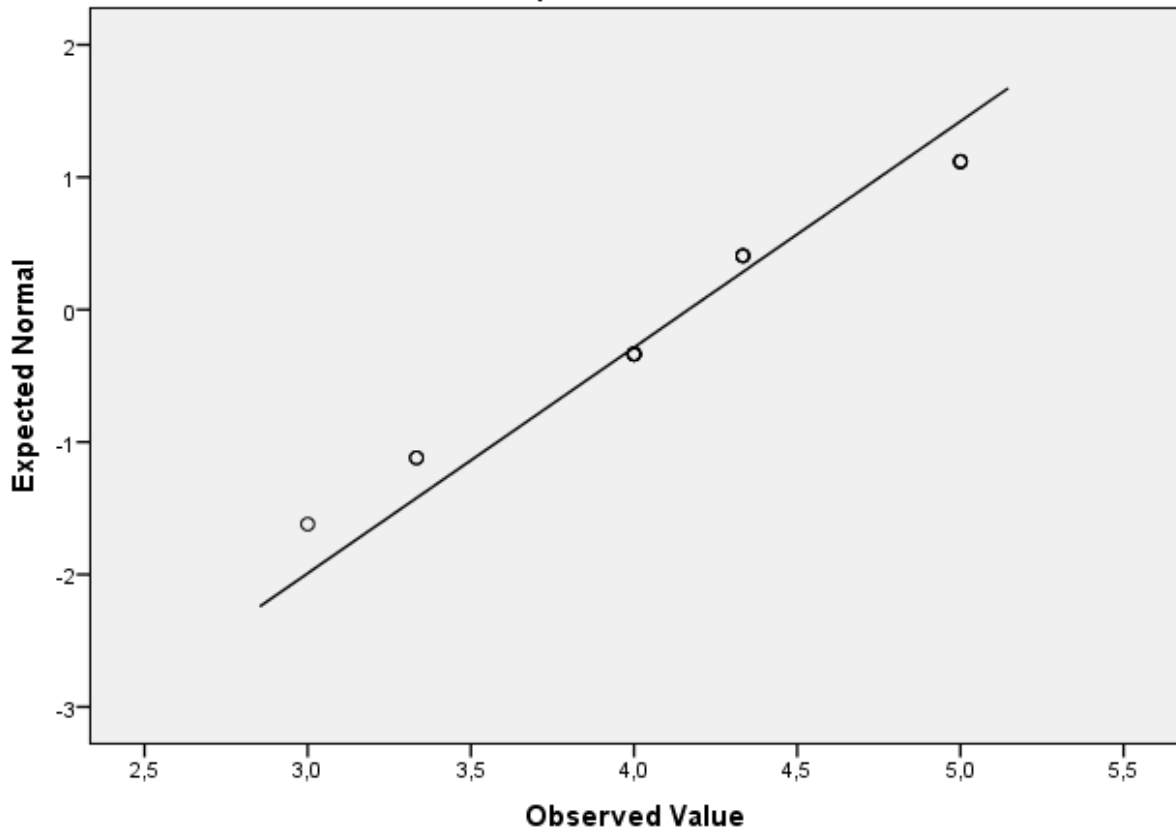
	Hospital	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Desempenho	1 Público	,248	15	,014	,824	15	,008
	2 Privado	,221	18	,020	,894	18	,046

a. Lilliefors Significance Correction

**Normal Q-Q Plot of Desempenho  
for Hospital= Público**



**Normal Q-Q Plot of Desempenho  
for Hospital= Privado**



**Descriptives**

Desempenho

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					1 Público	15		
2 Privado	18	4,1667	,58578	,13807	3,8754	4,4580	3,00	5,00
Total	33	4,2929	,59370	,10335	4,0824	4,5034	3,00	5,00

**Descriptives**

Desempenho

	N	Mean	Std. Deviation
1 Público	15	4,4444	,58644

2 Privado	18	4,1667	,58578
Total	33	4,2929	,59370

**Test of Homogeneity of Variances**

Desempenho

Levene			
Statistic	df1	df2	Sig.
,143	1	31	,708

**ANOVA**

Desempenho

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,631	1	,631	1,838	,185
Within Groups	10,648	31	,343		
Total	11,279	32			

**Between-Subjects Factors**

	Value	Label	N
Hospital	1	Público	14
	2	Privado	18

**Levene's Test of Equality of Error Variances<sup>a</sup>**

Dependent Variable: Desempenho

F	df1	df2	Sig.
,274	1	30	,604

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + lidr\_mean + Hospital

**Tests of Between-Subjects Effects**

Dependent Variable: Desempenho

Source	Type III		Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
	Sum of Squares	df				
Corrected Model	1,292 <sup>a</sup>	2	,646	1,892	,169	,115
Intercept	5,116	1	5,116	14,987	,001	,341
lidr_mean	,537	1	,537	1,574	,220	,051
Hospital	,313	1	,313	,918	,346	,031
Error	9,899	29	,341			
Total	603,444	32				
Corrected Total	11,191	31				

a. R Squared = ,115 (Adjusted R Squared = ,054)

**Between-Subjects Factors**

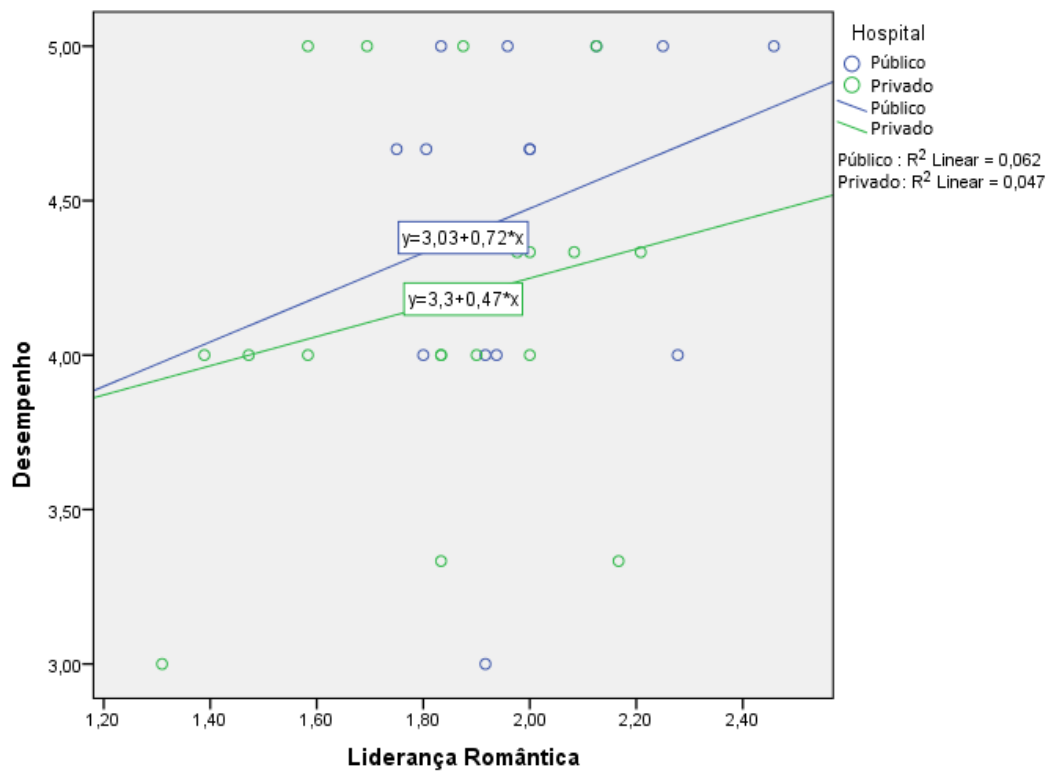
	Value	Label	N
Hospital	1	Público	14
	2	Privado	18

**Tests of Between-Subjects Effects**

Dependent Variable: Desempenho

Source	Type III		Mean Square	F	Sig.
	Sum of Squares	df			
Corrected Model	1,315 <sup>a</sup>	3	,438	1,243	,313
Intercept	3,980	1	3,980	11,285	,002
Hospital * lidr_mean	,023	1	,023	,066	,799
Hospital	,007	1	,007	,020	,888
lidr_mean	,542	1	,542	1,537	,225
Error	9,876	28	,353		
Total	603,444	32			
Corrected Total	11,191	31			

a. R Squared = ,118 (Adjusted R Squared = ,023)



#### Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Hospital	1	Público	14
	2	Privado	18

#### Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Hospital	1	Público	15
	2	Privado	18

#### Descriptive Statistics

Dependent Variable: Desempenho

Hospital	Mean	Std. Deviation	N
1 Público	4,4444	,58644	15
2 Privado	4,1667	,58578	18
Total	4,2929	,59370	33

**Levene's Test of Equality of Error**

**Variances<sup>a</sup>**

Dependent Variable: Desempenho

F	df1	df2	Sig.
,143	1	31	,708

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Hospital

**Tests of Between-Subjects Effects**

Dependent Variable: Desempenho

Source	Type III		Mean Square	F	Sig.
	Sum of Squares	df			
Corrected Model	,631 <sup>a</sup>	1	,631	1,838	,185
Intercept	606,692	1	606,692	1766,265	,000
Hospital	,631	1	,631	1,838	,185
Error	10,648	31	,343		
Total	619,444	33			
Corrected Total	11,279	32			

a. R Squared = ,056 (Adjusted R Squared = ,026)

**Parameter Estimates**

Dependent Variable: Desempenho

Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Intercept	4,167	,138	30,163	,000	3,885	4,448
[Hospital=1]	,278	,205	1,356	,185	-,140	,696
[Hospital=2]	0 <sup>a</sup>					

a. This parameter is set to zero because it is redundant.



**Report<sup>a</sup> Público**

Turno		rwg_lidr	rwg_GRIT
Manhã	N	9	9
	Minimum	.00	.25
	Maximum	.98	1.00
	Mean	.6866	.8109
	Std. Deviation	.31825	.27882
Tarde	N	5	5
	Minimum	.53	.65
	Maximum	.91	1.00
	Mean	.7747	.9041
	Std. Deviation	.15122	.14765
Total	N	14	14
	Minimum	.00	.25
	Maximum	.98	1.00
	Mean	.7180	.8442
	Std. Deviation	.26699	.23811

a. Hospital = Público

**Report<sup>a</sup> Privado**

Turno		rwg_lidr	rwg_GRIT
Manhã	N	6	7
	Minimum	.24	.76
	Maximum	.93	.99
	Mean	.7622	.9374
	Std. Deviation	.25932	.08099
Tarde	N	6	6
	Minimum	.91	.87
	Maximum	.99	1.00
	Mean	.9675	.9441
	Std. Deviation	.03406	.05465
Noite	N	5	5
	Minimum	.22	.52
	Maximum	1.00	1.00
	Mean	.7489	.8477
	Std. Deviation	.32970	.19717
Total	N	17	18
	Minimum	.22	.52
	Maximum	1.00	1.00
	Mean	.8307	.9147
	Std. Deviation	.24377	.11908

a. Hospital = Privado

## ANEXO F – Qualidades Métricas da Escala Liderança Romântica

### Validade

<b>KMO and Bartlett's Test</b>		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,597
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	154,757
	df	66
	Sig.	,000

	<b>Structure Matrix</b>		
	Factor		
	1	2	3
LR-1	<b>,991</b>	,302	,009
LR-16	<b>,333</b>	,205	-,156
LR-14	<b>,357</b>	<b>,651</b>	,052
LR-8	,101	<b>,496</b>	,148
LR-9	,258	<b>,439</b>	-,180
LR-2	,138	<b>,428</b>	-,207
LR-15	,077	<b>,421</b>	-,220
LR-12	,216	<b>,312</b>	-,082
LR-5	,223	<b>,297</b>	-,129
LR-17	,067	-,002	<b>-,604</b>
LR-11	,208	,225	<b>-,602</b>
LR-13	,001	,160	<b>-,481</b>

Extraction Method: Maximum Likelihood.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser

Normalization.

### **Goodness-of-fit Test**

Chi-Square	df	Sig.
34,027	33	,418

Total Variance Explain							
Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings <sup>a</sup>
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	<b>2,550</b>	21,254	21,254	1,400	11,664	11,664	<b>1,466</b>
2	<b>1,687</b>	14,061	35,315	1,394	11,618	23,282	<b>1,616</b>
3	<b>1,179</b>	9,829	45,143	,970	8,087	31,369	<b>1,155</b>
4	1,041	8,672	53,816				
5	1,021	8,512	62,328				
6	,890	7,417	69,744				
7	,797	6,644	76,388				
8	,738	6,152	82,540				
9	,708	5,897	88,437				
10	,576	4,802	93,239				
11	,457	3,812	97,051				
12	,354	2,949	100,000				

Extraction Method: Maximum Likelihood.

a. When factors are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

<b>Comunalidades<sup>a</sup></b>	
	Inicial
LR-1	,309
LR-2	,159
LR-5	,172
LR-8	,215
LR-9	,313
LR-11	,334
LR-12	,115
LR-13	,253
LR-14	,345
LR-15	,162
LR-16	,166
LR-17	,260

Método de Extração:

máxima

Verossimilhança.

a. Uma ou mais

estimativas de

comunalidade

maiores do que 1

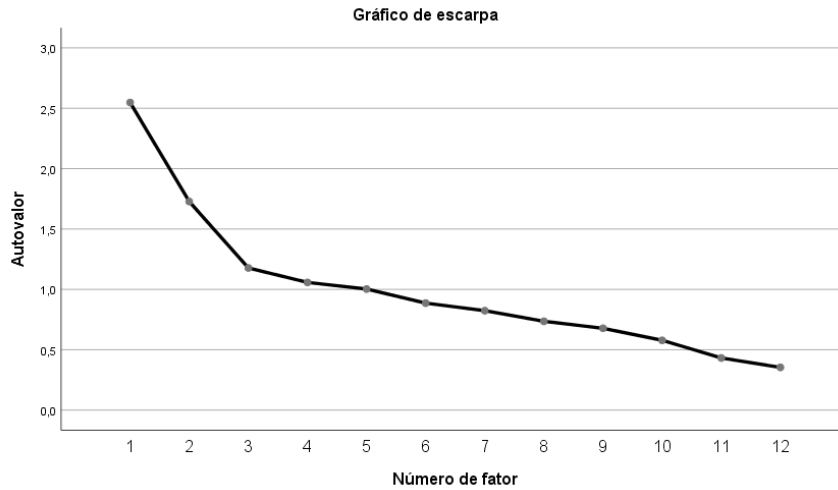
foram encontradas

durante as iterações.

A solução resultante

deve ser interpretada

com cautela.



**Matriz de componente<sup>a</sup>**

	Componente		
	1	2	3
LR-1	,593	-,158	-,462
LR-2	,509	,045	,037
LR-5	,445	,003	,189
LR-8	,435	-,465	,072
LR-9	,563	,012	,103
LR-11	,359	,632	-,163
LR-12	,476	-,079	-,037
LR-13	,238	,624	,352
LR-14	,640	-,364	,137
LR-15	,437	,090	,616
LR-16	,457	,083	-,578
LR-17	,112	,737	-,162

Método de Extração: análise de Componente Principal.

a. 3 componentes extraídos.

*Fiabilidade*

**Case Processing Summary**

		N	%
<b>Cases</b>	Valid	98	89,1

Excluded <sup>a</sup>	12	10,9
Total	110	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,648	12

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
LR-1	21,42	19,689	,323	,622
LR-2	21,15	19,224	,352	,616
LR-5	20,95	20,008	,269	,631
LR-8	20,79	20,294	,217	,641
LR-9	21,17	18,908	,404	,606
LR-11	21,29	19,897	,325	,622
LR-12	21,04	19,730	,289	,628
LR-13	21,27	20,671	,193	,644
LR-14	20,89	19,070	,387	,610
LR-15	21,10	19,742	,316	,623
LR-16	21,15	19,780	,279	,630
LR-17	21,01	21,144	,124	,656

## Sensibilidade

Estatística Descritiva						
	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	
	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Erro Erro	Estatística
LR-1	97	1	3	1,61	,087	,861
LR-2	97	1	3	1,85	,093	,917
LR-5	98	1	3	2,05	,089	,878
LR-8	99	1	3	2,23	,091	,902
LR-9	99	1	3	1,82	,090	,896
LR-11	98	1	3	1,71	,081	,799
LR-12	99	1	3	1,95	,091	,908
LR-13	99	1	3	1,73	,086	,855
LR-14	98	1	3	2,12	,090	,888
LR-15	98	1	3	1,87	,085	,845
LR-16	98	1	3	1,87	,092	,915
LR-17	98	1	3	2,00	,087	,862
N válido (de lista)	95					

## ANEXO G - Qualidades Métricas da Escala Desempenho

### Validade

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,645
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	75,251
	df	3
	Sig.	,000

Communalities <sup>a</sup>		
	Initial	Extraction
Desempenho 1	,392	,393
Desempenho 2	,875	,997
Desempenho 3	,864	,867

Extraction Method: Maximum Likelihood.

a. One or more communalitiy estimates greater than 1 were encountered during iterations. The resulting solution should be interpreted with caution.

**Factor Matrix<sup>a</sup>**

---

	Factor
	1
Desempenho 2	,999
Desempenho 3	,931
Desempenho 1	,627

---

Extraction Method: Maximum Likelihood.

a. Attempted to extract 1 factors. More than 25 iterations required. (Convergence=,130). Extraction was terminated.

**Rotated Factor Matrix<sup>a</sup>**

---



---

a. Only one factor was extracted. The solution cannot be rotated.

**Total Variance Explained**

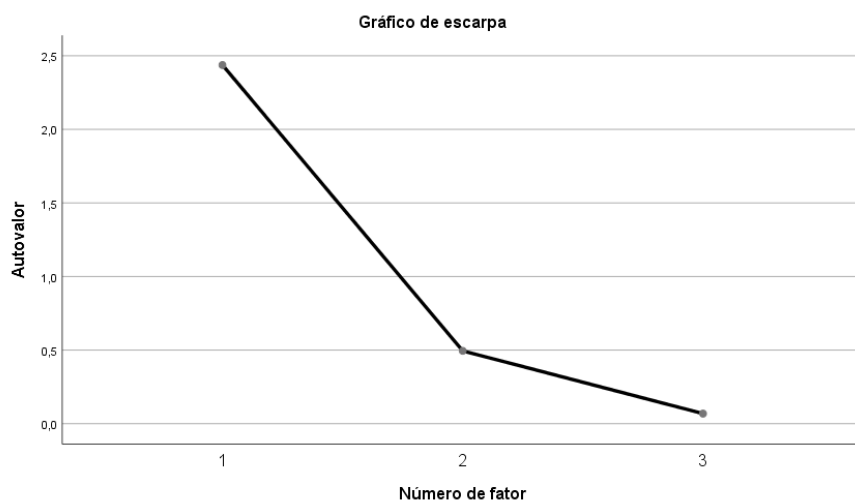
---

Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,437	81,230	81,230	2,257	75,222	75,222
2	,495	16,487	97,717			
3	,068	2,283	100,000			

---

Extraction Method: Maximum Likelihood.





**Matriz de componente<sup>a</sup>**

	Componente	
	1	
Desempenho 1		,797
Desempenho 2		,956
Desempenho 3		,941

Método de Extração: análise de Componente Principal.

a. 1 componentes extraídos.

*Fiabilidade*

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	33	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	33	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,878	3

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Desempenho 1	8,67	1,604	,614	,963
Desempenho 2	8,58	1,439	,869	,734
Desempenho 3	8,52	1,445	,829	,768

## Sensibilidade

<b>Estatística Descritiva</b>					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Desempenho 1	33	2	5	4,21	,696
Desempenho 2	33	3	5	4,30	,637
Desempenho 3	33	3	5	4,36	,653
N válido (de lista)	33				

## ANEXO H - Qualidades Métricas da Escala *Grit*

### Validade

<b>KMO and Bartlett's Test</b>		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,807
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	675,154
	df	55
	Sig.	,000

<b>Communalities</b>		
	Initial	Extraction
P-1	,455	,507
P-2	,498	,524
P-3	,536	,509
P-4	,640	,647
P-5	,550	,327
P-6	,577	,479
P-8	,618	,619
P-9	,651	,573
P-10	,579	,579
P-11	,755	,794
P-12	,775	,800

Extraction Method: Maximum Likelihood.

**Structure Matrix**

	Factor	
	1	2
P-12	<b>,893</b>	,025
P-11	<b>,890</b>	,028
P-8	<b>,786</b>	,091
P-10	<b>,761</b>	,077
P-9	<b>,757</b>	,058
P-4	,156	<b>,798</b>
P-2	-,071	<b>,714</b>
P-1	,156	<b>,704</b>
P-3	,247	<b>,685</b>
P-6	-,123	<b>,671</b>
P-5	-,007	<b>,570</b>

Extraction Method: Maximum

Likelihood.

Rotation Method: Oblimin with

Kaiser Normalization.

**Goodness-of-fit Test**

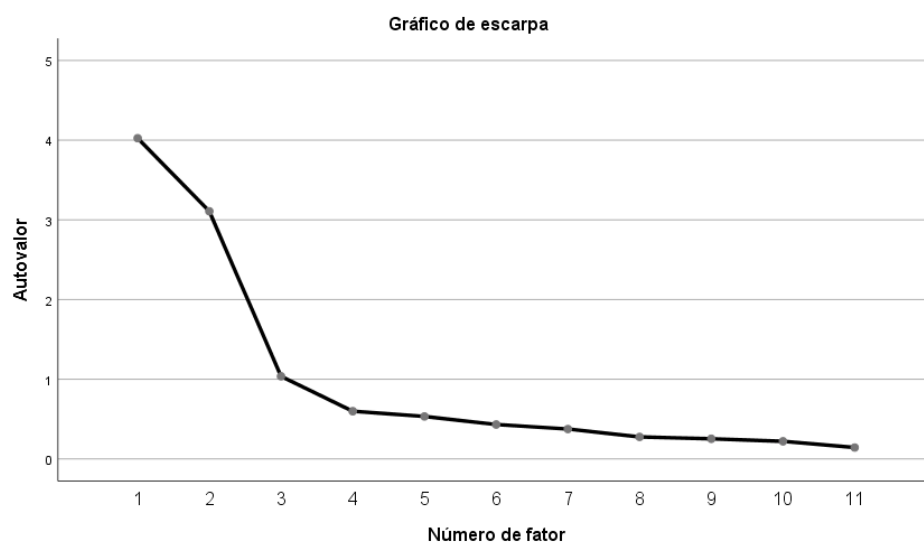
Chi-Square	df	Sig.
109,871	34	,000

### Total Variance Explained

Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings <sup>a</sup>
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	<b>3,935</b>	35,775	35,775	3,522	32,018	32,018	<b>3,490</b>
2	<b>3,278</b>	29,798	65,573	2,835	25,774	57,792	<b>2,904</b>
3	1,000	9,087	74,660				
4	,579	5,268	79,928				
5	,521	4,733	84,661				
6	,429	3,896	88,557				
7	,378	3,440	91,997				
8	,281	2,551	94,548				
9	,247	2,241	96,790				
10	,216	1,966	98,756				
11	,137	1,244	100,000				

Extraction Method: Maximum Likelihood.

a. When factors are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.



### Matriz de componente<sup>a</sup>

	Componente		
	1	2	3
P-1	,512	,558	-,255
P-2	,280	,748	-,085
P-3	,590	,452	-,416
P-4	,558	,596	-,260
P-5	,237	,646	,632
P-6	,201	,765	,386
P-8	,773	-,330	,067

P-9	,750	-,383	-,139
P-10	,746	-,344	-,070
P-11	,777	-,389	,254
P-12	,780	-,385	,287

Método de Extração: análise de Componente Principal.

a. 3 componentes extraídos.

### Fiabilidade

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	107	97,3
	Excluded <sup>a</sup>	3	2,7
	Total	110	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics		
Cronbach's		
Alpha	N of Items	
,822	12	

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P-1	32,48	41,874	,517	,805
P-2	32,69	44,140	,397	,815
P-3	32,64	41,137	,569	,801
P-4	32,72	41,524	,582	,800
P-5	32,63	43,878	,354	,819
P-6	32,69	43,951	,333	,821
P-7	32,21	41,151	,510	,806
P-8	31,45	41,608	,533	,804
P-9	31,57	43,134	,453	,811
P-10	31,49	42,101	,451	,811

P-11	31,04	42,867	,506	,807
P-12	31,08	42,531	,514	,806

---

*Sensibilidade***Estadística Descritiva**

	N	Mínimo	Máximo	Média		Erro Desvio
	Estadística	Estadística	Estadística	Estadística	Erro Erro	Estadística
P-1	103	1	5	2,54	,099	1,008
P-2	103	1	5	2,29	,091	,925
P-3	103	1	5	2,35	,101	1,026
P-4	103	1	5	2,28	,096	,974
P-5	103	1	5	2,40	,103	1,042
P-6	103	1	5	2,31	,104	1,057
P-8	103	1	5	3,48	,102	1,037
P-9	103	1	5	3,36	,095	,969
P-10	103	1	5	3,44	,109	1,109
P-11	103	1	5	3,92	,090	,915
P-12	102	1	5	3,86	,094	,944
N válido (de lista)	102					



## ANEXO I – Cálculo $r_{wg}$ , ICC1 e ICC2

		<b>Report</b>			
Hospital		Liderança	GRIT	GRIT - Consistência de Interesses	GRIT - Perseverança de Esforço
1 Público	N	49	49	49	49
	Minimum	1,17	1,00	1,00	1,00
	Maximum	3,00	4,55	4,33	5,00
	Mean	1,9558	2,8059	2,1633	3,5786
	Std. Deviation	,41461	,58421	,63782	,91856
	Skewness	,236	-,705	,758	-,887
	Std. Error of Skewness	,340	,340	,340	,340
	Kurtosis	-,079	3,080	1,628	,698
	Std. Error of Kurtosis	,668	,668	,668	,668
2 Privado	N	50	54	54	54
	Minimum	1,08	1,91	1,17	2,00
	Maximum	2,58	5,00	5,00	5,00
	Mean	1,8407	3,0404	2,5432	3,6370
	Std. Deviation	,36997	,57812	,78720	,78001
	Skewness	-,177	1,268	1,073	-,226
	Std. Error of Skewness	,337	,325	,325	,325
	Kurtosis	-,509	4,326	1,994	-,663
	Std. Error of Kurtosis	,662	,639	,639	,639
Total	N	99	103	103	103
	Minimum	1,08	1,00	1,00	1,00
	Maximum	3,00	5,00	5,00	5,00
	Mean	1,8977	2,9289	2,3625	3,6092
	Std. Deviation	,39494	,59002	,74148	,84502
	Skewness	,109	,287	1,026	-,633
	Std. Error of Skewness	,243	,238	,238	,238
	Kurtosis	-,125	3,964	2,109	,278
	Std. Error of Kurtosis	,481	,472	,472	,472

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
rwg_lidr	100	,00	1,00	,7584	,25590
rwg_GRIT	103	,25	1,00	,8871	,17371
rwg_GRIT_PE	103	-,21	1,00	,7050	,29483
rwg_GRIT_CI	103	-,17	1,00	,7701	,24300
Valid N (listwise)	100				

**lidr**

**GRIT**

<b>ICC1</b>	.01	0.32
<b>ICC2</b>	.03	0.64

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Liderança	Between Groups	4,944	31	,159	1,033	,443
	Within Groups	10,341	67	,154		
	Total	15,286	98			
GRIT	Between Groups	19,757	32	,617	2,744	,000
	Within Groups	15,752	70	,225		
	Total	35,508	102			

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Nº de respostas da equipa	105	2,00	7,00	3,7048	1,44730
Valid N (listwise)	105				

**Group Statistics**

	Hospital	N	Mean	Std. Deviation	t	df	Sig. (2-tailed)
rwg_lidr	Público	14	.7180	.26699	-1.227	29	.230
	Privado	17	.8307	.24377			
rwg_GRIT	Público	14	.8442	.23811	-1.013	18.028	.324
	Privado	18	.9147	.11908			

## ANEXO J - Correlações

### Correlações entre as Variáveis

	1	2	3
1. Liderança Romantica	1		
2. <i>Grit</i>	-.270	1	
3. Desempenho	.296	.111	1

Correlations				
		Liderança Romantica	<i>GRIT</i>	Desempenho
Liderança Romantica	Pearson Correlation	1	-.270	.296
	Sig. (2-tailed)		,134	,100
	N	32	2	32
<i>GRIT</i>	Pearson Correlation	-.270		,111
	Sig. (2-tailed)	,134		,539
	N	32	3	33
Desempenho	Pearson Correlation	.296	.111	1
	Sig. (2-tailed)	,100	,539	
	N	32	3	33

Tabela 23 - Correlações entre as Variáveis aplicadas aos colaboradores

	1	2	3
1.Existência de Líder	1		
2. Liderança	-.066	1	
3. GRIT	.323**	-.119	1

Nota:\*\*p<.01

Correlations				
		Existência de		
		Líder	Liderança	GRIT
Existência de Líder	Pearson Correlation	1	-.066	<b>.323**</b>
	Sig. (2-tailed)		.517	.001
	N	104	98	102
Liderança	Pearson Correlation	-.066	1	-.119
	Sig. (2-tailed)	.517		.245
	N	98	99	98
GRIT	Pearson Correlation	<b>.323**</b>	-.119	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.245	
	N	102	98	103

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Correlações entre variáveis de estudo e variáveis de controle*

		<i>Grit</i>	Desempenho	Número de pessoas da Equipa	Antiguidade na Equipa
Liderança	Pearson Correlation	-.270	.296	-.054	.121
	Sig. (2-tailed)	.134	.100	.771	.509
	N	32	32	32	32
<i>Grit</i>	Pearson Correlation		.111	-.096	.085
	Sig. (2-tailed)		.539	.595	.637
	N		33	33	33

		Número de camas ocupadas	Número de camas disponíveis	Número de altas	Stressor + Relaxador
Liderança Romântica	Pearson Correlation	-.064	<b>-.327</b>	.119	-.197
	Sig. (2-tailed)	.727	.068	.515	.281
	N	32	32	32	32
<i>Grit</i>	Pearson Correlation	<b>.203</b>	.188	-.028	<b>.259</b>
	Sig. (2-tailed)	.258	.294	.878	.146
	N	33	33	33	33

### Hospital Público

		Correlations		
		Liderança		
		Romantica	GRIT	Desempenho
Liderança Romantica	Pearson Correlation	1	-,270	,296
	Sig. (2-tailed)		,134	,100
	N	32	32	32
GRIT	Pearson Correlation	-,270	1	,111
	Sig. (2-tailed)	,134		,539
	N	32	33	33
Desempenho	Pearson Correlation	,296	,111	1
	Sig. (2-tailed)	,100	,539	
	N	32	33	33

### Hospital Privado

		Correlations <sup>a</sup>		
		Liderança		
		Romantica	GRIT	Desempenho
Liderança Romantica	Pearson Correlation	1	-,121	,217
	Sig. (2-tailed)		,631	,388
	N	18	18	18
GRIT	Pearson Correlation	-,121	1	,344
	Sig. (2-tailed)	,631		,162
	N	18	18	18
Desempenho	Pearson Correlation	,217	,344	1
	Sig. (2-tailed)	,388	,162	
	N	18	18	18

a. Hospital = 2 Público

## ANEXO K - Pressupostos para o Cálculo da Ancova

Descriptives				
	Hospital		Statistic	Std. Error
Desempenho	1 Público	Mean	4,4444	,15142
		Skewness	<b>-1,043</b>	,580
		Kurtosis	<b>,908</b>	1,121
	2 Privado	Mean	4,1667	,13807
		Skewness	<b>-,146</b>	,536
		Kurtosis	<b>-,228</b>	1,038

Teste de Normalidade							
	Hospital	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Desempenho	1 Público	,248	15	,014	,824	15	<b>,008</b>
	2 Privado	,221	18	,020	,894	18	<b>,046</b>

### Homogeneidade de Variâncias na ANOVA

#### Teste de homogeneidade de variâncias

Desempenho				
Levene Statistic	df1	df2	Sig.	
,143	1	31	<b>,708</b>	

### Homogeneidade de Variâncias na ANCOVA

#### Levene's Test of Equality of Error Variances<sup>a</sup>

Dependent Variable: Desempenho				
F	df1	df2	Sig.	
,274	1	30	<b>,604</b>	

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + lindr\_mean + Hospital

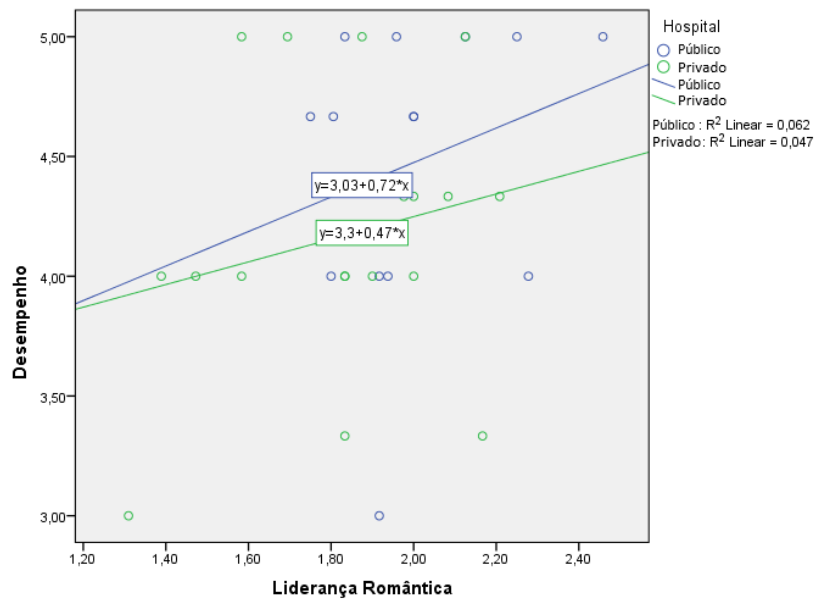
## Interação VI \* Covariável não significativa

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Desempenho

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1,315 <sup>a</sup>	3	,438	1,243	,313
Intercept	3,980	1	3,980	11,285	,002
<b>Hospital * lider_mean</b>	<b>,023</b>	<b>1</b>	<b>,023</b>	<b>,066</b>	<b>,799</b>
Hospital	,007	1	,007	,020	,888
<b>lider_mean</b>	<b>,542</b>	<b>1</b>	<b>,542</b>	<b>1,537</b>	<b>,225</b>
Error	9,876	28	,353		
Total	603,444	32			
Corrected Total	11,191	31			

a. R Squared = ,118 (Adjusted R Squared = ,023)



## Liderança Romântica explica significativamente a VD

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Desempenho

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	1,292 <sup>a</sup>	2	,646	1,892	,169	,115
Intercept	5,116	1	5,116	14,987	,001	,341
<b>lidr_mean</b>	<b>,537</b>	<b>1</b>	<b>,537</b>	<b>1,574</b>	<b>,220</b>	<b>,051</b>
Hospital	,313	1	,313	,918	,346	,031
Error	9,899	29	,341			
Total	603,444	32				
Corrected Total	11,191	31				

a. R Squared = ,115 (Adjusted R Squared = ,054)

## Inexistência de diferenças entre hospitais ao nível da COV

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Liderança Romântica

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	,244 <sup>a</sup>	1	,244	4,120	,051
Intercept	115,396	1	115,396	1944,916	,000
<b>Hospital</b>	<b>,244</b>	<b>1</b>	<b>,244</b>	<b>4,120</b>	<b>,051</b>
Error	1,780	30	,059		
Total	117,907	32			
Corrected Total	2,024	31			

a. R Squared = ,121 (Adjusted R Squared = ,091)



## ANEXO L- Teste de Hipóteses

### Hipótese 1

#### Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,296 <sup>a</sup>	,087	,057	,58345	2,538

a. Predictors: (Constant), Liderança Romântica

b. Dependent Variable: Desempenho

#### ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,978	1	,978	2,874	,100 <sup>b</sup>
	Residual	10,213	30	,340		
	Total	11,191	31			

a. Dependent Variable: Desempenho

b. Predictors: (Constant), Liderança Romântica

#### Coefficients<sup>a</sup>

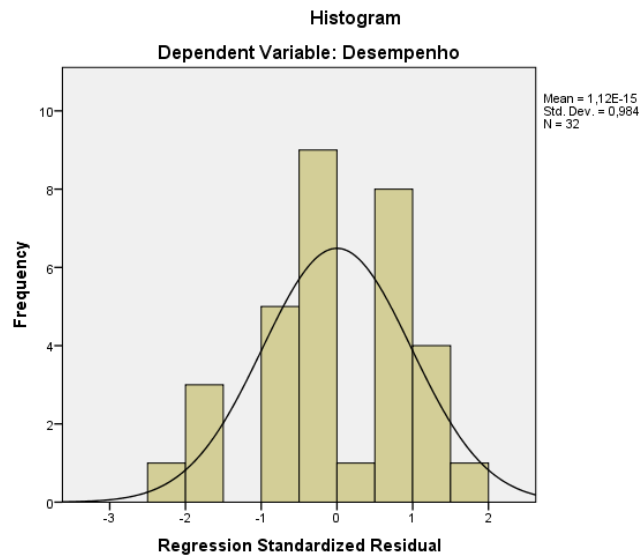
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.
		B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	2,979	,787			3,785	,001
	Liderança Romântica	,695	,410	,296		1,695	,100

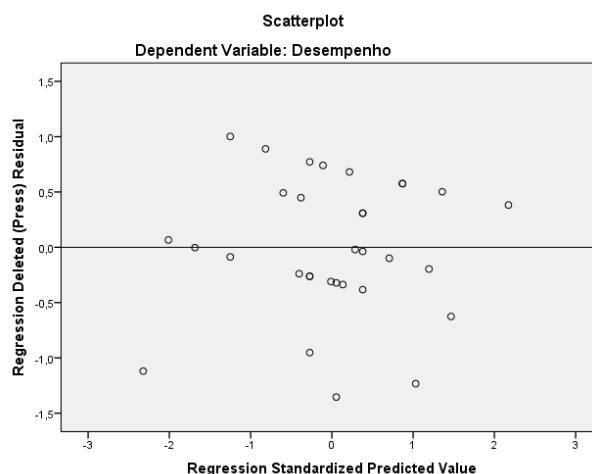
a. Dependent Variable: Desempenho

**Residuals Statistics<sup>a</sup>**

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	3,8895	4,6882	4,3021	,17766	32
Std. Predicted Value	-2,322	2,173	,000	1,000	32
Standard Error of Predicted Value	,103	,264	,139	,046	32
Adjusted Predicted Value	3,9340	4,6256	4,3051	,17113	32
Residual	-1,31160	,92014	,00000	,57396	32
Std. Residual	-2,248	1,577	,000	,984	32
Stud. Residual	-2,284	1,646	-,002	1,017	32
Deleted Residual	-1,35404	1,00203	-,00305	,61489	32
Stud. Deleted Residual	-2,471	1,696	-,011	1,049	32
Mahal. Distance	,000	5,393	,969	1,437	32
Cook's Distance	,000	,378	,037	,072	32
Centered Leverage Value	,000	,174	,031	,046	32

a. Dependent Variable: Desempenho





## Hipótese 2

### Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,270 <sup>a</sup>	,073	,042	,51743	1,365

a. Predictors: (Constant), Liderança Romântica

b. Dependent Variable: GRIT

### ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,634	1	,634	2,368	,134 <sup>b</sup>
	Residual	8,032	30	,268		
	Total	8,666	31			

a. Dependent Variable: GRIT

b. Predictors: (Constant), Liderança Romântica

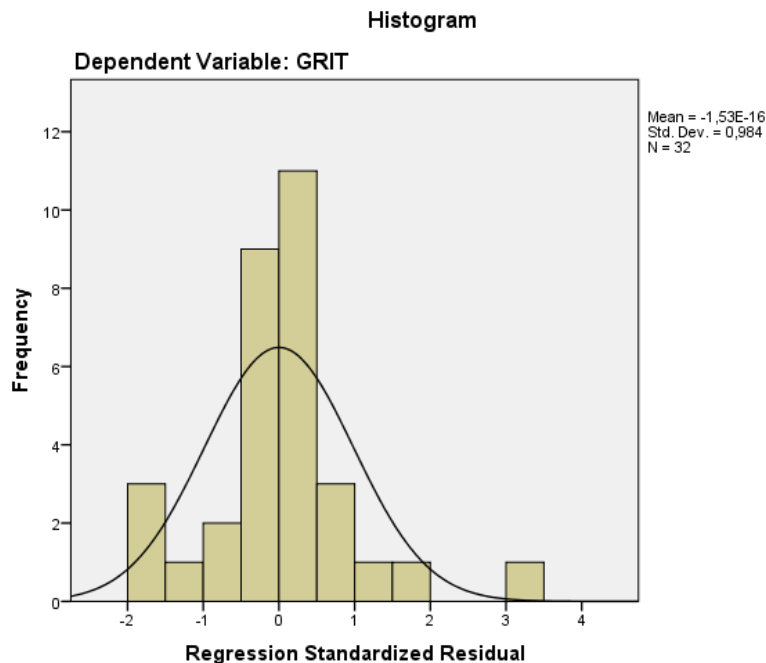
### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,986	,698		5,710	,000
	Liderança Romântica	-,560	,364	-,270	-1,539	,134

a. Dependent Variable: GRIT

Residuals Statistics <sup>a</sup>					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2,6103	3,2532	2,9211	,14300	32
Std. Predicted Value	-2,173	2,322	,000	1,000	32
Standard Error of Predicted Value	,091	,234	,123	,041	32
Adjusted Predicted Value	2,6757	3,4242	2,9285	,15712	32
Residual	-1,00317	1,62732	,00000	,50901	32
Std. Residual	-1,939	3,145	,000	,984	32
Stud. Residual	-1,975	3,282	-,007	1,026	32
Deleted Residual	-1,04052	1,77214	-,00741	,55490	32
Stud. Deleted Residual	-2,081	4,031	,010	1,128	32
Mahal. Distance	,000	5,393	,969	1,437	32
Cook's Distance	,000	,479	,047	,110	32
Centered Leverage Value	,000	,174	,031	,046	32

a. Dependent Variable: GRIT - Perseverança e Paixão por metas a LP



### Hipótese 3

Run MATRIX procedure:

\*\*\*\*\* PROCESS Procedure for SPSS Release 2.16.1 \*\*\*\*\*

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. [www.afhayes.com](http://www.afhayes.com)  
 Documentation available in Hayes (2013). [www.guilford.com/p/hayes3](http://www.guilford.com/p/hayes3)

\*\*\*\*\*

Model = 1  
 Y = DESEMPEN  
 X = lidr\_mea  
 M = grit\_mea

Sample size  
 32

\*\*\*\*\*

Outcome: DESEMPEN

#### Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2
p	,4127	,1703	,3316	1,9158	3,0000	28,0000
	,1499					

#### Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,2719	,1045	40,8790	,0000	4,0579	4,4860
grit_mea	,1868	,2048	,9122	,3695	-,2327	,6063
lidr_mea	,6906	,4321	1,5984	,1212	-,1944	1,5757
int_1	-,8521	,6671	-1,2773	,2120	-2,2188	,5145

Product terms key:

int\_1 lidr\_mea X grit\_mea

R-square increase due to interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
int_1	,0483	1,6315	1,0000	28,0000	,2120

\*\*\*\*\*

Conditional effect of X on Y at values of the moderator(s):

grit_mea	Effect	se	t	p	LLCI
ULCI					
-,5287	1,1412	,4907	2,3257	,0275	,1360
2,1463					
,0000	,6906	,4321	1,5984	,1212	-,1944
1,5757					
,5287	,2401	,6176	,3887	,7004	-1,0250
1,5052					

Values for quantitative moderators are the mean and plus/minus one SD from mean.

Values for dichotomous moderators are the two values of the moderator.

\*\*\*\*\*

Data for visualizing conditional effect of X on Y

Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

DATA LIST FREE/lidr\_mean grit\_mean DESEMPENHO.  
 BEGIN DATA.

-,2555	-,5287	3,8815
,0000	-,5287	4,1732
,2555	-,5287	4,4648
-,2555	,0000	4,0954
,0000	,0000	4,2719
,2555	,0000	4,4484
-,2555	,5287	4,3093
,0000	,5287	4,3707
,2555	,5287	4,4320

END DATA.

GRAPH/SCATTERPLOT=lidr\_mean WITH DESEMPENHO BY grit\_mean.

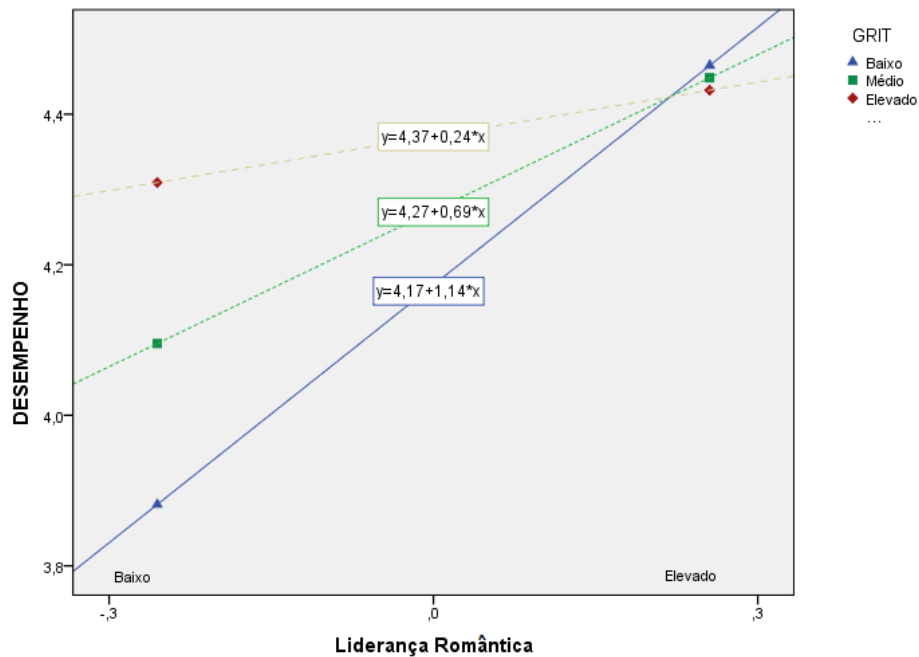
\*\*\*\*\* ANALYSIS NOTES AND WARNINGS \*\*\*\*\*

Level of confidence for all confidence intervals in output:  
 95,00

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:  
 lidr\_mea grit\_mea

NOTE: Some cases were deleted due to missing data. The number of such cases was:  
 1

----- END MATRIX -----



## ANEXO M – Análise de Resultados Complementares

### Camas Disponíveis

Run MATRIX procedure:

\*\*\*\*\* PROCESS Procedure for SPSS Release 2.16.1 \*\*\*\*\*

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. [www.afhayes.com](http://www.afhayes.com)  
 Documentation available in Hayes (2013). [www.guilford.com/p/hayes3](http://www.guilford.com/p/hayes3)

\*\*\*\*\*

Model = 1  
 Y = lidr\_mea  
 X = Camas\_Di  
 M = grit\_mea

Sample size  
 32

\*\*\*\*\*

Outcome: lidr\_mea

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2
p	,4018	,1615	,0606	1,7973	3,0000	28,0000
	,1706					

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	1,9070	,0443	43,0016	,0000	1,8161	1,9978
grit_mea	-,0858	,0966	-,8884	,3819	-,2837	,1121
Camas_Di	-,0091	,0053	-1,7053	,0992	-,0200	,0018
int_1	-,0055	,0117	-,4696	,6423	-,0296	,0185

Product terms key:

int\_1 Camas\_Di X grit\_mea

R-square increase due to interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
int_1	,0066	,2205	1,0000	28,0000	,6423

\*\*\*\*\*

Conditional effect of X on Y at values of the moderator(s):

grit_mea	Effect	se	t	p	LLCI
ULCI					
-,5287	-,0062	,0075	-,8190	,4197	-,0216
,0092					
,0000	-,0091	,0053	-1,7053	,0992	-,0200
,0018					
,5287	-,0120	,0088	-1,3637	,1835	-,0300
,0060					

Values for quantitative moderators are the mean and plus/minus one SD from mean.

Values for dichotomous moderators are the two values of the moderator.

\*\*\*\*\*

Data for visualizing conditional effect of X on Y  
Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

```
DATA LIST FREE/Camas_Disp grit_mean lidr_mean.  
BEGIN DATA.
```

-8,5350	-,5287	2,0049
,0000	-,5287	1,9523
8,5350	-,5287	1,8998
-8,5350	,0000	1,9844
,0000	,0000	1,9070
8,5350	,0000	1,8295
-8,5350	,5287	1,9639
,0000	,5287	1,8616
8,5350	,5287	1,7593

```
END DATA.
```

```
GRAPH/SCATTERPLOT=Camas_Displ WITH lidr_mean BY grit_mean.
```

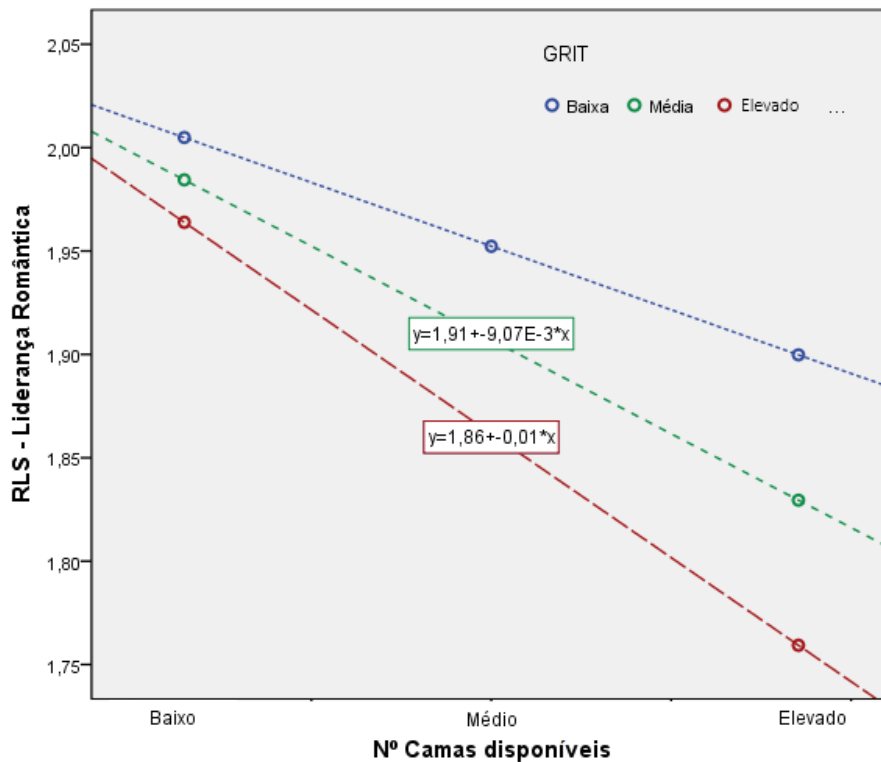
\*\*\*\*\* ANALYSIS NOTES AND WARNINGS \*\*\*\*\*

Level of confidence for all confidence intervals in output:  
95,00

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:  
Camas\_Di grit\_mea

NOTE: Some cases were deleted due to missing data. The number of such cases was:  
1

----- END MATRIX -----





*Camas Ocupadas*

Run MATRIX procedure:

\*\*\*\*\* PROCESS Procedure for SPSS Release 2.16.1 \*\*\*\*\*

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com  
 Documentation available in Hayes (2013). www.guilford.com/p/hayes3

\*\*\*\*\*

Model = 1  
 Y = lidr\_mea  
 X = Camas\_Oc  
 M = grit\_mea

Sample size  
 32

\*\*\*\*\*

Outcome: lidr\_mea

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2
p	,2798	,0783	,0666	,7928	3,0000	28,0000
	,5082					

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	1,9062	,0464	41,1107	,0000	1,8112	2,0012
grit_mea	-,1007	,1161	-,8671	,3932	-,3385	,1371
Camas_Oc	-,0001	,0029	-,0381	,9699	-,0059	,0057
int_1	-,0020	,0051	-,3883	,7007	-,0124	,0085

Product terms key:

int\_1 Camas\_Oc X grit\_mea

R-square increase due to interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
int_1	,0050	,1508	1,0000	28,0000	,7007

\*\*\*\*\*

Conditional effect of X on Y at values of the moderator(s):

grit_mea	Effect	se	t	p	LLCI
ULCI					
-,5287	,0009	,0041	,2290	,8205	-,0075
,0093					
,0000	-,0001	,0029	-,0381	,9699	-,0059
,0057					
,5287	-,0012	,0037	-,3093	,7594	-,0088
,0065					

Values for quantitative moderators are the mean and plus/minus one SD from mean.

Values for dichotomous moderators are the two values of the moderator.

\*\*\*\*\*

Data for visualizing conditional effect of X on Y

Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

```
DATA LIST FREE/Camas_Ocup grit_mean lidr_mean.  
BEGIN DATA.
```

```
-16,6358      -,5287      1,9438  
  ,0000      -,5287      1,9594  
 16,6358      -,5287      1,9750  
-16,6358      ,0000      1,9080  
  ,0000      ,0000      1,9062  
 16,6358      ,0000      1,9044  
-16,6358      ,5287      1,8722  
  ,0000      ,5287      1,8529  
 16,6358      ,5287      1,8337
```

```
END DATA.
```

```
GRAPH/SCATTERPLOT=Camas_Ocup WITH lidr_mean BY grit_mean.
```

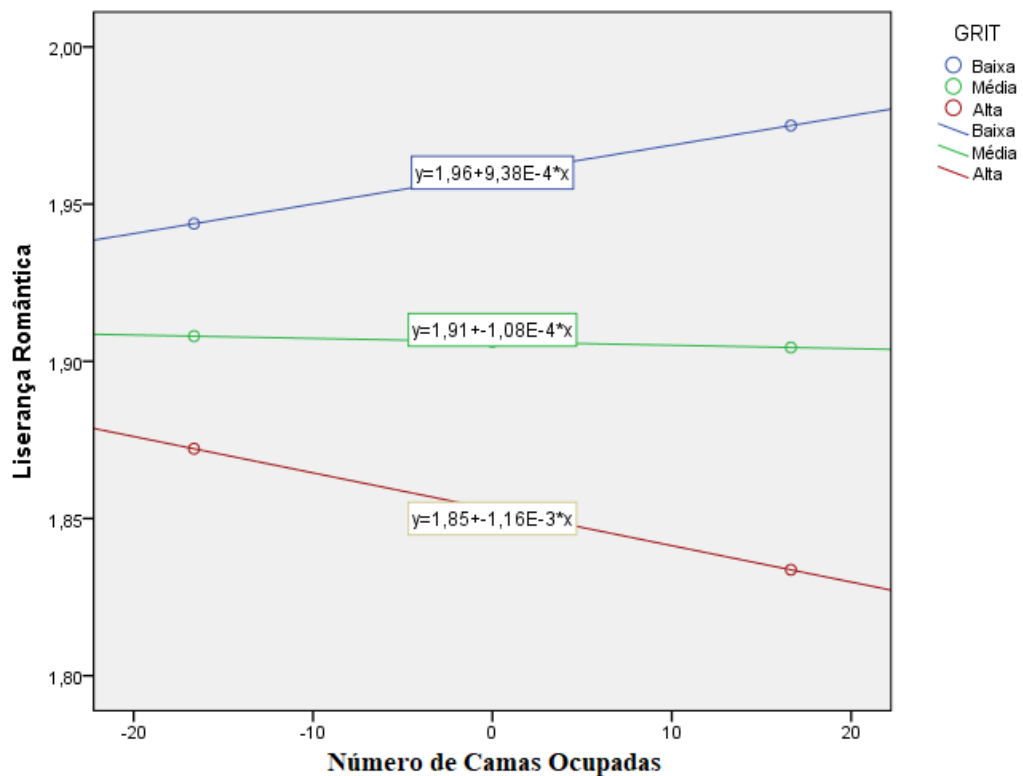
```
***** ANALYSIS NOTES AND WARNINGS *****
```

```
Level of confidence for all confidence intervals in output:  
 95,00
```

```
NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:  
 Camas_Oc grit_mea
```

```
NOTE: Some cases were deleted due to missing data. The number of such  
cases was:  
 1
```

```
----- END MATRIX -----
```



*Número de Altas*

Run MATRIX procedure:

\*\*\*\*\* PROCESS Procedure for SPSS Release 2.16.1 \*\*\*\*\*

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. [www.afhayes.com](http://www.afhayes.com)  
 Documentation available in Hayes (2013). [www.guilford.com/p/hayes3](http://www.guilford.com/p/hayes3)

\*\*\*\*\*

Model = 1  
 Y = lidr\_mea  
 X = N\_Altas  
 M = grit\_mea

Sample size  
 32

\*\*\*\*\*

Outcome: lidr\_mea

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2
p	,3224	,1040	,0648	1,0829	3,0000	28,0000
	,3724					

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	1,9034	,0450	42,2999	,0000	1,8112	1,9956
grit_mea	-,1326	,0865	-1,5317	,1368	-,3098	,0447
N_Altas	,0303	,0450	,6728	,5066	-,0620	,1226
int_1	,0567	,0768	,7382	,4666	-,1006	,2140

Product terms key:

int\_1 N\_Altas X grit\_mea

R-square increase due to interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
int_1	,0174	,5449	1,0000	28,0000	,4666

\*\*\*\*\*

Conditional effect of X on Y at values of the moderator(s):

grit_mea	Effect	se	t	p	LLCI
ULCI					
-,5287	,0003	,0596	,0057	,9955	-,1216
,1223					
,0000	,0303	,0450	,6728	,5066	-,0620
,1226					
,5287	,0603	,0617	,9766	,3371	-,0662
,1867					

Values for quantitative moderators are the mean and plus/minus one SD from mean.

Values for dichotomous moderators are the two values of the moderator.

\*\*\*\*\*

Data for visualizing conditional effect of X on Y

Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

```
DATA LIST FREE/N_Altas grit_mean lidr_mean.  
BEGIN DATA.
```

```
-1,0155      -,5287      1,9731  
 ,0000      -,5287      1,9735  
 1,0155      -,5287      1,9738  
-1,0155      ,0000      1,8726  
 ,0000      ,0000      1,9034  
 1,0155      ,0000      1,9342  
-1,0155      ,5287      1,7721  
 ,0000      ,5287      1,8333  
 1,0155      ,5287      1,8945
```

END DATA.

```
GRAPH/SCATTERPLOT=N_Altas WITH lidr_mean BY grit_mean.
```

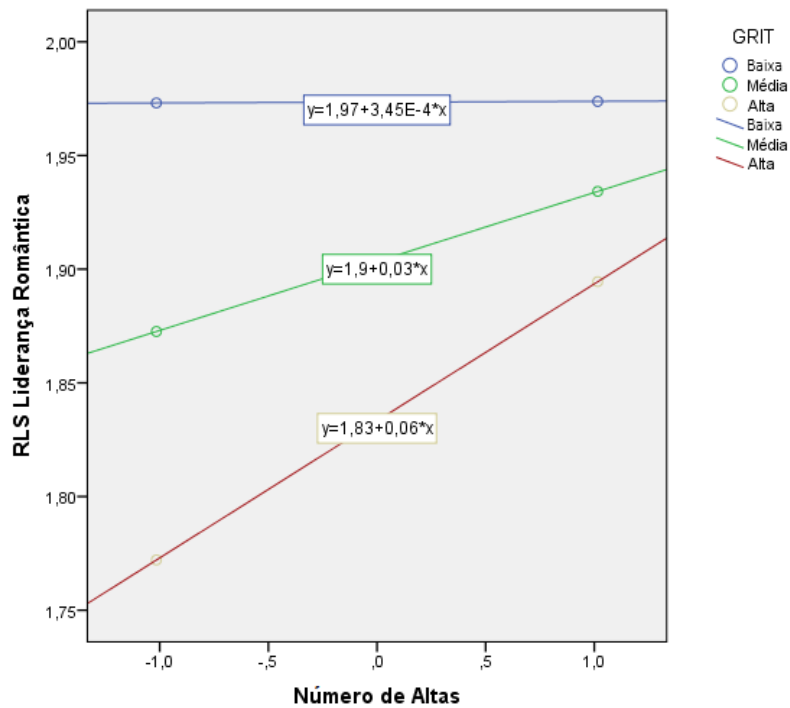
\*\*\*\*\* ANALYSIS NOTES AND WARNINGS \*\*\*\*\*

Level of confidence for all confidence intervals in output:  
95,00

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:  
N\_Altas grit\_mea

NOTE: Some cases were deleted due to missing data. The number of such cases was:  
1

----- END MATRIX -----



ANEXO N- *Moderação por equipas de hospital*

Hospital Público

Outcome: DESEMPEN

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,3385	,1146	,4076	,4313	3,0000	10,0000	,7352

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,4352	,1788	24,8101	,0000	4,0368	4,8337
grit_mea	,1892	,4861	,3891	,7053	-,8943	1,2726
lidr_mea	,4987	,9671	,5157	,6173	-1,6567	2,6541
int_1	-1,3496	1,7574	-,7679	,4603	-5,2665	2,5673

Product terms key:

int\_1    lidr\_mea    X    grit\_mea

R-square increase due to interaction(s):

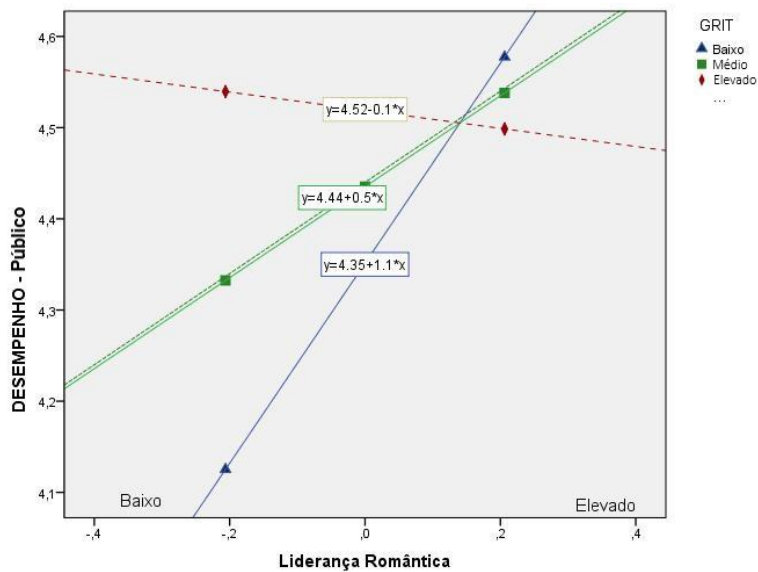
	R2-chng	F	df1	df2	p
int_1	,0522	,5897	1,0000	10,0000	,4603

\*\*\*\*\*

Conditional effect of X on Y at values of the moderator(s):

grit_mea	Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
-,4432	1,0969	1,0366	1,0582	,3149	-1,2134	3,4072
,0000	,4987	,9671	,5157	,6173	-1,6567	2,6541
,4432	-,0995	1,4176	-,0702	,9454	-3,2589	3,0600

Values for quantitative moderators are the mean and plus/minus one SD from mean.  
 Values for dichotomous moderators are the two values of the moderator.



Privado

\*\*\*\*\*  
 Outcome: DESEMPEN

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,4448	,1979	,3342	1,1511	3,0000	14,0000	,3630

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,1572	,1378	30,1576	,0000	3,8615	4,4529
grit_mea	,3370	,2726	1,2366	,2366	-,2476	,9217
lidr_mea	,5023	,5477	,9171	,3746	-,6726	1,6772
int_1	-,5410	1,1909	-,4543	,6566	-3,0956	2,0136

Product terms key:

int\_1 lidr\_mea X grit\_mea

R-square increase due to interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
int_1	,0118	,2063	1,0000	14,0000	,6566

\*\*\*\*\*

Conditional effect of X on Y at values of the moderator(s):

grit_mea	Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
-,5678	,8095	,7414	1,0918	,2933	-,7809	2,3999
,0000	,5023	,5477	,9171	,3746	-,6726	1,6772
,5678	,1952	,9822	,1987	,8453	-1,9117	2,3021

Values for quantitative moderators are the mean and plus/minus one SD from mean.  
 Values for dichotomous moderators are the two values of the moderator.

