

Fernando José Freixo Micaelo

Liderança e Motivação: A perspetiva dos enfermeiros de
um hospital da região centro



Novembro de 2013

Fernando José Freixo Micaelo

Liderança e Motivação: A perspetiva dos enfermeiros de um hospital da região centro

Relatório Final

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efectuado sob a orientação de:

Professor Doutor João Carvalho Duarte

Professora Maria Odete Pereira Amaral



Novembro de 2013

***“Motivation is
the art of getting people to do what you want them to do, because they want to do it.”***

“Motivação é a arte de levar as pessoas a fazerem o que você quer que elas façam, porque elas o querem fazer”

Dwight Eisenhower

À Ânia

Ao Eduardo

As minhas criações mais perfeitas...

À Céu

A minha outra metade desde há 25 anos...

AGRADECIMENTOS

Pela orientação, desafios estatísticos e saberes transmitidos... Ao Prof. João Duarte

Pela co-orientação e sugestões sempre oportunas... À Prof^a. Odete Amaral

Pela crítica oportuna, apoio absoluto e o beijo na hora certa... À minha esposa Céu

Pelo olhar meigo, sorriso franco e abraço espontâneo, naquele momento... Aos meus filhos

Pelas palavras de encorajamento e incentivo afetuoso... Aos meus familiares

*Pelos kms juntos, pelas noites de tertúlia, pela cumplicidade académica e franca amizade,
para sempre inabalável... à Isabel, ao João e ao Nelson*

Por todas as manifestações incondicionais de apoio e estímulo... Aos meus amigos

Pelo espírito de equipa, entreaajuda e brio profissional... Aos meus Colegas da Unidade

Pela disponibilidade e colaboração no estudo... Aos Enfermeiros da Instituição

Ao longo deste percurso averbei palavras que jamais esquecerei:

***Gratidão**, imensa, por tudo o que me deram e partilharam comigo...*

***Dívida**, para com todos os que me apoiaram, imensurável no meu entendimento...*

***Paciência**, sobretudo nas fases em que eu próprio já me sentia sem ela...*

***Motivação e Apoio**, nos momentos difíceis em que eu próprio já duvidava ...*

Bem-haja a todos!

F.Micaelo

RESUMO

Enquadramento: O atual momento de mudança, flexibilização e globalização a nível social e laboral, nem sempre influi positivamente na motivação dos profissionais exigindo novos predicados aos seus líderes. Tendo em vista a produtividade e o desempenho dos enfermeiros, importa capacitar os líderes e reconhecer quais os fatores modeladores da motivação, propondo medidas potenciadoras consentâneas.

Objetivos: Avaliar a motivação profissional dos enfermeiros de um hospital da região centro; Identificar as variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam a motivação profissional dos enfermeiros; Determinar os perfis de comportamento de liderança dos enfermeiros chefes e responsáveis; Analisar a relação entre os perfis de comportamento de liderança dos enfermeiros chefes e responsáveis e a motivação profissional.

Métodos: Estudo transversal, descritivo e correlacional, com recurso a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 192 enfermeiros. Utilizou-se um questionário autoaplicado para a caracterização sociodemográfica e profissional, o *Motivation Questionnaire* para avaliação da motivação e o *Leader Behavior Description Questionnaire* para avaliação do comportamento dos enfermeiros chefes e responsáveis.

Resultados: A média de idades dos enfermeiros da amostra foi de $38,63 \pm 7,78$ anos, sendo a maioria enfermeiras (75,5%), que habita na cidade (89,1%), têm um relacionamento (73,4%) e são licenciados (86,5%). Profissionalmente são enfermeiros de cuidados gerais (88,5%), em horário rotativo (78,6%), com um contrato de trabalho de funções públicas (73,4%) e exercem à $15,96 \pm 7,54$ anos. Mostram-se muito motivados, 40,1% dos enfermeiros, considerando-se pouco motivados 36,5%. O género e a idade relacionam-se com as necessidades fisiológicas ($p=0,004$) e de segurança ($p=0,032$); estado civil, funções prestadas e tempo de exercício com as sociais ($p=0,002$; $0,019$; $0,011$); O comportamento de liderança de consideração associou-se significativamente com as necessidades de autorrealização ($r=-0,162$; $p=0,025$) e o comportamento de liderança de estruturação com as necessidades sociais ($r=-0,147$; $p=0,042$).

Conclusão: A motivação dos enfermeiros pauta-se pela assimetria dividindo-se entre muito e pouco motivados. É influenciada por fatores como a idade, estado civil, funções prestadas e tempo de exercício profissional. O comportamento de liderança adotado pelos enfermeiros líderes influencia a motivação global, em particular as necessidades de autorrealização e sociais. Propõe-se a necessidade de capacitar os líderes em competências de liderança e desenvolver estratégias motivacionais conducentes a melhor desempenho e produtividade dos profissionais, com vista à excelência no cuidar.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Motivação, Liderança.

ABSTRACT

Framework: The current moment of change, easing and globalization, at a social and labour level, not always positively influences the staff motivation, requiring new predicates to its leaders. Bearing in mind the productivity and performance of nurses, it is important to enable and empower the leaders and recognize the motivation-shapers factors, proposing consistent enhancer actions.

Aims: Evaluate the professional motivation of nurses in an hospital at the central region; Identify socio-demographic and professional variables that influence the professional motivation of nurses; Determine the leadership behavior profile of head nurses and responsible nurses; Analyze the relationship between the leadership behavior profile of head nurses and responsible nurses, and the motivation.

Methods: Cross-sectional, descriptive and correlational study using a non-probabilistic convenience sample comprising 192 nurses. It was used a self-administered questionnaire to evaluate socio-demographic and professional characteristics, a Motivation Questionnaire for assessment of motivation and a Leader Behavior Description Questionnaire to assess the leadership behavior profile of head nurses and responsible nurses.

Results: In this sample, the nurses average age was 38.63 ± 7.78 years, most are females (75.5%), living in the city (89.1%), having a relationship (73.4%) and higher education (86.5%). Professionally, they are caregiver's nurses (88.5%), in rotative shifts (78.6%), with a contract of employment in public functions (73.4%) and practice at 15.96 ± 7.54 years. 40.1% of nurses seem motivated, considering unmotivated 36.5%. Gender and age are related to the physiological needs ($p = 0.004$) and security ($p = 0.032$), marital status, duties and practice time with social ($p = 0.002, 0.019, 0.011$); consideration leadership behavior was significantly associated with self-realization needs ($r = -0.162, p = 0.025$) and structuring leadership behavior with social needs ($r = -0.147, p = 0.042$).

Conclusion: The motivation of nurses is guided by the asymmetry, dividing into motivated and unmotivated. It is influenced by factors such as age, marital status, duties and practice time. The leadership behavior adopted by nursing leaders influences the overall motivation, in particular the self-realization and social needs. Proposes the need of training leaders in developing leadership skills and developing motivational strategies leading to the improvement of the professional's performance and productivity, aiming the excellence in care.

KEY-WORDS: Nursing, Motivation, Leadership.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	23
CAPÍTULO 1 – LIDERANÇA.....	33
1.1 - CONCEITOS SUBSIDIÁRIOS DE LIDERANÇA	37
1.2 - TEORIAS DE LIDERANÇA.....	39
1.2.1 – Abordagem dos Traços e Competências	40
1.2.2 – Abordagem Comportamental	42
1.2.3 – Abordagem Contingencial / Situacional	49
1.2.4 – Abordagem Integrativa.....	57
1.2.5 – Abordagem Contemporânea.....	61
1.3 - CONTRIBUTOS DO ESTUDO DA LIDERANÇA	63
CAPÍTULO 2 – MOTIVAÇÃO	67
2.1 – TEORIAS DA MOTIVAÇÃO	70
2.1.1 – Teorias de Conteúdo (Gerais)	71
2.1.2 – Teorias de Conteúdo (Organizacionais).....	76
2.1.3 – Teorias de Processo (Gerais).....	79
2.1.4 – Teorias de Processo (Organizacionais)	81
2.2 - CONTRIBUTOS DO ESTUDO DA MOTIVAÇÃO	84
CAPÍTULO 3 – LIDERANÇA E MOTIVAÇÃO: O ESTADO DA ARTE.....	89
CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA.....	101
1.1 – MÉTODOS	101
1.1.1 - Tipo de estudo.....	103
1.2 – PARTICIPANTES.....	104
1.2.1 - Caracterização da amostra	105
1.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	107
1.3.1 – Parte I: Dados sociodemográficos e profissionais.....	108

1.3.2 – Parte II: Questionário de Descrição do Comportamento do Líder	109
1.3.3 – Parte III: Questionário de Motivação	114
1.4 – PROCEDIMENTOS	118
1.5 – ANÁLISE DE DADOS	120
2 - RESULTADOS	125
2.1 – ANÁLISE DESCRITIVA.....	125
2.1.1 - Caracterização profissional	125
2.1.2 – Descrição do comportamento de liderança.....	133
2.1.2 – Motivação profissional	141
2.2 – ANÁLISE INFERENCIAL	146
CAPÍTULO 3 – DISCUSSÃO.....	169
3.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA	169
3.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	170
CAPITULO 4 – CONCLUSÕES.....	189
BIBLIOGRAFIA.....	197
ANEXOS	205
ANEXO A- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE QUESTIONÁRIO ..	207
ANEXO B- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO COLHEITA DE DADOS	211
APÊNDICES	215
APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	217

INDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Definições de Liderança.....	35
QUADRO 2 – Tipos de Poder.....	37
QUADRO 3 – Gestores e Líderes.....	38
QUADRO 4 – Principais abordagens da Liderança.....	40
QUADRO 5 – Interpretações da Escala LPC.....	50
QUADRO 6 – Ajustamento entre o estilo do líder e a favorabilidade da situação.....	50
QUADRO 7 – Quatro estilos de liderança para quatro níveis de maturidade.....	52
QUADRO 8 – Comportamentos de Liderança na Teoria <i>Path-Goal</i>	53
QUADRO 9 – Procedimentos de Tomada de Decisão.....	55
QUADRO 10 – Componentes da Liderança Transformacional e Transacional.....	60
QUADRO 11 – Fases do processo de construção da Liderança TLM.....	62
QUADRO 12 – Principais características das Teorias de Liderança.....	64
QUADRO 13 – Definições de Motivação.....	68
QUADRO 14 – Classificação das principais Teorias da Motivação.....	71
QUADRO 15 – Características das categorias da Hierarquia das Necessidades.....	72
QUADRO 16 – Caracterização sumária dos motivos de sucesso, afiliação e poder... ..	75
QUADRO 17 – Fatores Motivadores e Fatores Higiénicos.....	77
QUADRO 18 – Principais características das Teorias da Motivação.....	86
QUADRO 19 – Operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais..	108
QUADRO 20 – Pontos de corte das subescalas do questionário LBDQ.....	109
QUADRO 21 – Operacionalização da variável Descrição do Comportamento de Liderança.....	110
QUADRO 22 – Pontos de corte das subescalas do questionário LBDQ.....	115
QUADRO 23 – Operacionalização da variável Motivação.....	116
QUADRO 24 - Regressão múltipla entre necessidades de autorrealização e as variáveis independentes.....	157
QUADRO 25 - Regressão múltipla entre necessidades de estima e as variáveis independentes.....	158

QUADRO 26 - Regressão múltipla entre as necessidades sociais (pertença) e as variáveis independentes.....	160
QUADRO 27 - Regressão múltipla entre as necessidades de segurança e as variáveis independentes.....	162
QUADRO 28 - Regressão múltipla entre as necessidades fisiológicas e as variáveis independentes.....	164
QUADRO 29 - Regressão múltipla entre a motivação global e as variáveis independentes.....	165

INDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Estatística referente à idade.....	105
TABELA 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género.....	107
TABELA 3 – Consistência interna do questionário LBDQ.....	112
TABELA 4 – Relação entre itens e subescalas do questionário LBDQ.....	114
TABELA 5 – Correlação entre subescalas do questionário LBDQ.....	114
TABELA 6 - Consistência interna da escala Motivation Questionnaire.....	117
TABELA 7 - Estatística referente ao tempo de deslocação.....	125
TABELA 8 - Caracterização profissional em relação ao género.....	128
TABELA 9 - Caracterização das habilitações profissionais em relação ao género.....	129
TABELA 10 - Estatística referente ao tempo na profissão.....	130
TABELA 11 - Estatística referente ao tempo na instituição.....	130
TABELA 12 - Estatística referente ao tempo no serviço.....	131
TABELA 13 - Caracterização dos tempos de exercício profissional em função do género.....	132
TABELA 14 - Caracterização do comportamento de liderança de estruturação.....	133
TABELA 15 - Caracterização do comportamento de liderança de consideração.....	134
TABELA 16 - Teste t para diferenças de médias entre o tipo de liderança do serviço e o comportamento de liderança.....	134
TABELA 17 - Estatística referente aos comportamentos de liderança.....	135
TABELA 18 - Análise de variância entre grupos etários e o comportamento de liderança.....	136
TABELA 19 - Teste de U Mann-Whitney entre estado civil e o comportamento de liderança.....	136
TABELA 20 - Teste de U Mann-Whitney entre a categoria profissional e o comportamento de liderança.....	137
TABELA 21 - Teste de U Mann-Whitney entre horário de trabalho e o comportamento de liderança.....	137
TABELA 22 - Teste de Kruskal Wallis entre funções prestadas e o comportamento	

de liderança.....	138
TABELA 23 - Teste t para diferenças de médias entre o tempo de exercício na profissão e o comportamento de liderança.....	138
TABELA 24 - Teste t para diferenças de médias entre o tempo de exercício no hospital e o comportamento de liderança.....	139
TABELA 25 - Teste t para diferenças de médias entre o tempo de exercício no serviço e o comportamento de liderança.....	139
TABELA 26 - Estatística referente à caracterização da motivação	141
TABELA 27 - Motivação global em função do género.....	142
TABELA 28 - Motivação global em função da idade.....	142
TABELA 29 - Motivação global em função do estado civil.....	143
TABELA 30 - Motivação global em função da categoria profissional.....	143
TABELA 31 - Motivação global em função do horário de trabalho.....	144
TABELA 32 - Motivação global em função das funções prestadas.....	144
TABELA 33 - Motivação global em função da liderança do serviço.....	145
TABELA 34 - Teste de U Mann-Whitney entre o género e a motivação.....	146
TABELA 35 - Análise de variância entre grupos etários e a motivação.....	147
TABELA 36 - Teste de U Mann-Whitney entre o estado civil e a motivação.....	148
TABELA 37 - Teste de U Mann-Whitney entre a categoria profissional e a motivação.....	149
TABELA 38 - Teste de U Mann-Whitney entre o horário de trabalho e a motivação.	150
TABELA 39 - Teste de Kruskal-Wallis entre as funções prestadas e a motivação.....	151
TABELA 40 - Teste t para diferenças de médias entre a liderança do serviço e a motivação.....	152
TABELA 41 - Teste t para diferenças de médias entre o tempo de exercício na profissão e a motivação.....	153
TABELA 42 - Teste t para diferenças de médias entre o tempo de exercício no hospital e a motivação.....	154
TABELA 43 - Teste t para diferenças de médias entre o tempo de exercício no serviço e a motivação.....	155
TABELA 44 - Correlação de Pearson entre necessidades de autorrealização e as variáveis independentes.....	156
TABELA 45 - Correlação de Pearson entre necessidades de estima e as variáveis	

independentes.....	158
TABELA 46 - Correlação de Pearson entre as necessidades sociais (pertença) e as variáveis independentes.....	159
TABELA 47 - Correlação de Pearson entre as necessidades de segurança e as variáveis independentes.....	161
TABELA 48 - Correlação de Pearson entre as necessidades fisiológicas e as variáveis independentes.....	163
TABELA 49 - Correlação de Pearson entre a motivação global e as variáveis independentes.....	165

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Traços mais relevantes dos líderes mais eficazes.....	41
FIGURA 2 - Competências mais relevantes dos líderes eficazes.....	42
FIGURA 3 - Quadrantes da Liderança de Ohio.....	45
FIGURA 4 – Perfil de Características Organizacionais.....	47
FIGURA 5 – Grelha de Gestão (Liderança) de Blake e Mouton.....	48
FIGURA 6 – Teoria Situacional de Hersey e Blanchard.....	52
FIGURA 7 – Ideia básica da Teoria <i>Path-Goal</i>	54
FIGURA 8 – Carisma.....	58
FIGURA 9 – Processo de Motivação.....	69
FIGURA 10 – Pirâmide da Hierarquia das Necessidades de Maslow.....	72
FIGURA 11 - Mecanismo de Reforço do Comportamento.....	80
FIGURA 12 – Desenho da Investigação.....	104
FIGURA 13 - Síntese das relações entre necessidades de autorrealização e as variáveis independentes.....	157
FIGURA 14 - Síntese das relações entre necessidades sociais (pertença) e as variáveis independentes.....	160
FIGURA 15 - Síntese das relações entre necessidades de segurança e as variáveis independentes.....	162
FIGURA 16 - Síntese das relações entre necessidades fisiológicas e as variáveis independentes.....	164
FIGURA 17 - Síntese das relações entre motivação global e as variáveis independentes.....	166

LISTA DE SIGLAS

ICN	<i>International Council of Nurses</i>
SNS	Sistema Nacional de Saúde
Dec. Lei	Decreto-Lei
HAL	Hospital Amato Lusitano
ULS-CB	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
GLOBE	<i>Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness</i>
LBDQ	<i>Leader Behavior Description Questionnaire</i>
LPC	<i>Least Preferred Coworker</i>
TLM	Trocas Líder-Membro
ERG	<i>Existence, Relatedness and Growth</i>
MODCO	Modificação do Comportamento Organizacional
SMART	<i>Specific, Measurable, Agreed, Realistic and Timed</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
vs	<i>versus</i>
K/S	<i>Kolmogorov-Smirnov</i> (Teste)
Min	Mínimo
Max	Máximo
UMW	<i>U Mann-Whitney</i> (Teste)
M	Média
DP	Desvio Padrão
CV	Coefficiente de Variação
SK	<i>Skewness</i> (Assimetria)
K	<i>Kurtosis</i> (Achatamento)
X ²	Qui-Quadrado (Teste)
Λ	<i>Likelihood Ratio</i> (Teste)
Masc.	Masculino
Fem.	Feminino
α	Alfa

SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
EP	Erro Padrão
Sig.	Significância
ANOVA	Análise de variância a um fator (Teste)
K/W	Kruskal-Wallis (Teste)
CTFP	Contrato de Trabalho em Funções Públicas
CIT	Contrato Individual de Trabalho
VE	Variância Explicada
OM	Ordenações Médias
Res.	Residuais
VIF	<i>Variance Inflation Factor</i>
GL	Graus de Liberdade

INTRODUÇÃO

“O começo é a parte mais importante de qualquer trabalho...”

Platão

A evolução nas últimas décadas, criou nas gerações atuais, um misto de sentimentos. Por um lado vivemos numa sociedade desenvolvida, apoiada pela crescente tecnologia, incremento socioeconómico e muitas convicções quanto ao futuro. Por outro assistimos à perda de referências, à desagregação familiar, pobreza, insuficiente suporte social e aumento exponencial do *stress*. Uma sociedade anacrónica, assente numa economia emergente, suportada pelos pilares fragilizados do consumismo e do populismo político.

Presentemente, a nível socioeconómico, cultural e político, ocorrem mudanças bruscas e inesperadas do paradigma social, que nos colocam na fronteira da rutura eminente e sequencial, de tudo o que pressuponha-mos como certo e adquirido. A globalização trouxe, indelevelmente, modificações nos valores intrínsecos e transformações estruturais de toda a sociedade. A crise, apontada como a culpada do momento atual, apenas acentuou a tónica já existente, agudizando ou criando novos desequilíbrios.

Vivemos tempos de incerteza, a que ninguém escapou imune e que se refletem em casa, no lazer e no trabalho. Todas estas transformações socioeconómicas despoletaram mutações significativas no mercado laboral, nas organizações que o fomentam, repercutindo-se direta e indiretamente na vida das pessoas e na própria dinâmica da sociedade. As mudanças ocorridas nos últimos 20 anos questionaram as tradicionais arquiteturas organizacionais, assentes no modelo burocrático, surgindo novos formatos, marcados pela organicidade e flexibilidade (Barracho, 2012; Souza, et al., 2013).

Aquilo que eram modelos de organização do trabalho, virados para um emprego para a vida, assentes em estruturas de liderança vertical, excessivamente burocráticas, esbarram hoje em realidades tão diacrónicas como o desemprego e altas qualificações, precarização e flexibilidade, gestão por objetivos e administração criteriosa de recursos, agora tidos como limitados (Strapasson & Medeiros, 2009).

Será nestes períodos de transição e remodelação de valores e ideais, que a liderança das pessoas e o fomentar da sua motivação, se assumem como condições primordiais para ultrapassar o derrotismo, relançar a economia e reconstruir a sociedade. Há que reinventar o que existe, reorganizar os processos, liderar com visão de futuro e motivar com competência.

A saúde é, no seu concerne, estratégica para qualquer nação e sociedade, independentemente do modelo organizacional que detém, uma vez que no fulcro da sua existência, organização e propósito, estão as pessoas: profissionais, gestores e clientes. Como área transversal a toda a sociedade, a saúde não está imune à presente ênfase reformista, agudizada pela instabilidade socioeconómica. Exigências de mais cuidados de saúde a uma população mais envelhecida em contraciclo com um quadro de incerteza económica, moldado pela diminuição do financiamento e precaridade da sustentabilidade do sistema, tornam-se ao mesmo tempo, fonte de preocupação e desafio, para todos os seus profissionais, incluindo os enfermeiros. De acordo com o *International Council of Nurses (ICN)*, “*The whole environment of nursing and health services has been undergoing rapid change. Health reform is occurring in many parts of the world. This trend is accelerating.*”¹ (ICN, 2010).

Neste período de grandes transformações na orgânica dos serviços de saúde, e por conseguinte, na organização funcional das classes profissionais, é premente que as reformas sejam uma realidade efetiva. A evolução tecnológica, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a maior disponibilidade de fármacos eficazes, tornaram doenças agudas e ameaçadoras da vida, em doenças crónicas, com aumento geral da esperança de vida, e como esperado, dos custos associados à saúde. Contudo, as reformas na saúde, são apenas uma parte de um processo muito mais abrangente de reestruturação política, laboral e social (ICN, 2010).

Maioritariamente esperadas na esfera pública, estas reformas terão de espelhar aquilo que é esperado por todos os atores da saúde – profissionais, gestores e clientes e, sobretudo, pela gestão de topo que têm responsabilidade nesta matéria. Os clientes esperam maior equidade, maior qualidade e cuidados de saúde mais baratos; os profissionais, boas condições de trabalho e uma adequada remuneração; já a gestão de topo, esperará a melhor eficiência organizacional ao menor custo possível.

Alcançar tudo isto exigirá, sem dúvida, uma liderança eficaz, potenciadora da satisfação e motivação de todos intervenientes, funcionando como motor de criatividade e inovação, justificando o debate sobre a temática no contexto das organizações atuais. “*If becoming a high performing organization is the destination, leadership is the engine!*”² (Blanchard, 2009, p.13). O desenvolvimento de habilidades de liderança nos enfermeiros, é uma necessidade neste quadro de transição, reformas e incertezas, que a saúde e a classe assiste: “*For health*

¹ Todo o ambiente em torno dos serviços de enfermagem e da saúde está a passar por mudanças rápidas. A reforma da saúde está a ocorrer em muitas partes do mundo. Esta tendência está a acelerar.

² Se tornar uma organização de alto desempenho é o destino, a liderança será o motor!

reform to change health policies and reform institutions effectively, nurses need to be part of the reform process”³ (ICN, 2010).

Na constatação que “Gerir pessoas é essencialmente gerir motivações”, Marques (1996, citado por Lameiras, 2010, p,3) estabelece o ponto de confluência entre a liderança e a motivação. A gestão da motivação é uma das principais atribuições do gestor de recursos humanos: “O estímulo para o estudo do tema decorre sobretudo da sua relação com a produtividade” (Cunha et al., 2007, p. 154).

Como outras organizações, também as instituições de saúde regem-se por valores e normas, assentes numa hierarquia de liderança, a quem compete estabelecer objetivos, desafiantes e estratégias motivadoras, levando os seus atores – os profissionais, a envolverem-se nessas metas organizacionais, na procura da eficiência e eficácia máximas (Bhattacharya & Neogi, 2006).

Para tal, o processo de motivar irá envolver sentimentos de realização e reconhecimento profissional. O apreço dos colaboradores, leva-os a potenciar a motivação, fomentando o desejo em realizar mais e melhor. Na opinião de Pedro & Olivieri (2008) motivar torna-nos pessoas mais decididas, confiantes e comprometidas com os objetivos da organização, tornando-se esse mister num dos maiores desafios do líder e por inerência da própria equipa: *“Motivation at work is widely believed to be a key factor in the performance of individuals and organisations”*⁴ (Zurn, Dolea, & Stilwell, 2005, p. 3).

Sabemos que o trabalhador motivado coloca no seu trabalho um cuidado e dedicação superior, influenciando positivamente no seu desempenho final. Esta assunção coloca a motivação como foco central de performance e eficácia organizacional, tornando-a primordial para quem dirige organizações, como garante de produtividade e qualidade. Garantindo a qualidade e o desempenho, influi-se por inerência, no sucesso do líder. Cabe por conseguinte, a este último, diagnosticar e dinamizar as motivações dos seus liderados, procurando elevar o patamar de excelência da sua equipa, uma meta desejada pelos enfermeiros em toda a linha da sua arte e ciência. Liderança e motivação, um ciclo dinâmico, que urge promover no contexto laboral.

Justificação do Tema

No início da introdução, comentamos as vicissitudes dos tempos que correm, as mudanças estruturais que a globalização trouxe às organizações, a repercussão que a crise mundial espelhou no mundo do trabalho, o risco que a motivação profissional assiste e os

³ Para que a reforma da saúde mude as políticas de saúde e reforme as instituições de forma efetiva, os enfermeiros precisam de fazer parte desse processo de reforma.

⁴ Acredita-se que a motivação no trabalho é um fator chave da performance dos indivíduos e organizações.

predicados acrescidos exigidos aos líderes. A profissão de enfermagem não está imune a estas contingências. Transformar a teoria e o conhecimento em experiência positiva no mundo do trabalho, extrapolar a motivação pela liderança, são metas com um caminho tortuoso que urge percorrer em nome da consolidação do papel social da profissão e sua importância no estratégico setor da saúde.

Analisando a recente carreira de enfermagem vertida no Dec. Lei n.º 248/2009, o caminho da experiência será o caminho a que serão sujeitos os líderes de equipas de enfermagem, seja por seleção superior, natural ou acidental, uma vez que, com a extinção da categoria de enfermeiro chefe, a possibilidade de liderar uma equipa será uma realidade permitida a todos os enfermeiros com a categoria de principal. O problema coloca-se *agora*, perante o vazio que permanece nas instituições do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em que os enfermeiros permanecem numa ténue fronteira entre o anterior diploma, Dec. Lei n.º 437/91 e esta nova legislação de 2009.

A realidade das instituições leva-nos para a existência de inúmeros enfermeiros líderes de equipa, que assumiram essas funções, alguns por (quase) imposição, outros por terem formação acrescida ao nível de especialistas ou apenas por serem os mais experientes. A título de exemplo, na nossa instituição hospitalar, mais de metade dos serviços são liderados por enfermeiros responsáveis sem categoria de chefe e destes, alguns não tem formação acrescida a nível de especialidade ou pós-graduações na área da gestão ou liderança. Tudo isto sem falar no número crescente de enfermeiros líderes, responsáveis de turnos, um dado fidedigno que não possuímos, mas cuja percentagem que é substancialmente elevada.

Não compreendam erradamente as nossas palavras, no sentido de depreciar o trabalho destes enfermeiros. Muito pelo contrário. A maioria assumiu estas funções, com as dificuldades inerentes às responsabilidades acrescidas que avocam, sem qualquer acréscimo de regalias, alguns ainda com perdas de vencimento pela privação dos suplementos remuneratórios constantes das horas de qualidade: “*Yet, in most cases, leadership teams are a product of circumstance more than design*”⁵ (Rath & Conchie, 2008, p. 21).

São enfermeiros líderes de equipas altamente diferenciadas, que desenvolvem um trabalho crucial para o funcionamento das instituições do SNS, sem o reconhecimento em termos de carreira, sem uma justa e motivante remuneração, fazendo perpetuar no tempo a indefinição quanto ao papel destes profissionais nas estruturas orgânicas da saúde. Para estes enfermeiros, o caminho para agirem sabiamente na liderança de equipas, é maioritariamente

⁵ Ainda, em muitos casos, a liderança de uma equipa é mais um produto das circunstâncias do que de um projeto.

obtido pela experiência, porque tirando a preparação generalista conferida pelos cursos bases na disciplina de gestão, a formação em liderança é muito básica nas instituições que representam! Importa portanto fazer um diagnóstico da situação, perceber qual a realidade das instituições e investir nestes profissionais, determinantes para a atividade produtiva do SNS, os líderes de 1ª linha no funcionamento das organizações.

No nosso entender, toda esta indecisão e artifício imposto às lideranças das equipas, vai implicar na motivação dos enfermeiros prestadores de cuidados que, na atualidade, enfrentam uma *dicotomia delicada* nos seus locais de trabalho.

Por um lado assistem à indefinição na carreira, que enfrenta um vazio legislativo com consequente desmotivação na procura de acrescidas competências. A execução de tarefas específicas e desafiantes, com responsabilidades crescentes, pode assumir-se nas organizações com um elemento motivador para os colaboradores. Para o enfermeiro de cuidados gerais, a continuação da obtenção de novos conhecimentos e competências poderá legar-lhe a responsabilidade pela execução de funções diferentes com um grau de comprometimento ampliado. O inexistente reconhecimento das mais-valias que essas competências trazem aos serviços e aos cuidados prestados, sejam mais-valias em salários reajustados, prémios de produtividade, estabilidade no emprego ou estatuto profissional e social, coloca-os habitualmente perante este dilema: Investir em formação... *para quê?*

Por outro lado, observam o esvaziamento dos serviços das chefias de carreira, até aqui o rosto formal da liderança de uma equipa, com todas as implicações que esse fato eventualmente traz para a performance e resultados das equipas de enfermagem: “O estabelecimento de uma boa relação entre o profissional de saúde responsável pela gestão e os prestadores de cuidados é da máxima importância, na medida em que, só desta forma pode existir espírito de equipa, onde todos trabalham para um objetivo comum” (Oliveira & Pereira, 2012, p. 53).

Se nos reportarmos às necessidades que motivam o ser humano a mover-se para prover a sua satisfação, rapidamente observamos que no seio da enfermagem portuguesa da atualidade, as mais básicas necessidades não são satisfeitas, fazendo perigar todo o processo de motivação dos profissionais, importantíssimo para obtermos equipas de enfermeiros competentes a prestar cuidados de excelência. A precariedade e a instabilidade no emprego é uma situação comum, ameaçando a motivação profissional, e, consequentemente, a efetividade e qualidade dos serviços de saúde. A título de exemplo, a insegurança que surge perante o risco de desemprego, gerará no profissional que a sente, a motivação para primeiro

resolver esta necessidade e preocupando-se só depois com o seu desempenho. Um problema que carece de atenção por parte dos políticos e decisores na área da saúde.

Assumimos que deixamos aqui algumas afirmações perturbadoras que vertem as sensações que recolhemos junto das nossas equipas e colegas. Mas será que estas declarações podem ser vertidas em resultados da investigação empírica? Será esta a realidade tangível a toda a enfermagem em Portugal? E na nossa instituição, esse sentimento reflete-se em resultados estatísticos palpáveis, possíveis de fundamentar mudanças ideológicas na forma como se organizam as equipas de enfermagem, como são liderados e motivados os enfermeiros? É deste leque de dúvidas e incertezas que surge a questão de investigação que nos dá a tónica deste relatório: *Qual a motivação profissional dos enfermeiros do Hospital Amato Lusitano (HAL) – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco?*

Objetivos

Para responder à questão de investigação, definimos os seguintes objetivos:

- Avaliar a motivação profissional dos enfermeiros do HAL;
- Identificar as variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam a motivação profissional dos enfermeiros do HAL;
- Determinar os perfis de comportamento de liderança dos enfermeiros chefes e responsáveis do HAL;
- Analisar a relação entre os perfis de comportamento de liderança dos enfermeiros chefes e responsáveis e a motivação profissional dos enfermeiros do HAL.

Para alcançarmos estas metas, o relatório final terá diferentes etapas, progressivas e interrelacionadas, proporcionando um encadeamento lógico, com vista à clarificação e delimitação com precisão do tema em estudo (Fortin, 2009). Pormenorizando, fizemos na introdução um enquadramento do domínio desta investigação, a fundamentação da razão desta escolha, baseada nas interrogações suscitadas pelas mudanças organizacionais, com as quais somos confrontados como profissionais.

Na Parte I faremos um enquadramento teórico sobre a temática que fundamentará o domínio da investigação. Começamos com o estudo das principais teorias da liderança, das quais extrairemos os contributos chave, replicáveis nos nossos contextos de trabalho. Continuaremos com o estudo da motivação, seus principais enfoques e linhas orientadoras, capazes de produzir estratégias contributivas para o aumento da motivação profissional. Terminaremos com uma reflexão sobre o estado da arte da motivação e liderança, sobretudo

no campo da enfermagem. Pensamos, com a execução destes capítulos, obter a decomposição e a clarificação dos conceitos interinos à problemática em estudo, permitindo a sua posterior avaliação de campo.

Na Parte II abordaremos a metodologia que pretendemos utilizar para avaliar a temática, propondo no final, métodos de análise para os dados colhidos. Preveemos nesta fase, com o apoio do estudo da liderança e motivação e tendo por base a questão de investigação, estabelecer objetivos, estruturar o desenho da investigação, definir a população e amostra, as variáveis, assim como enunciar os métodos de recolha e análise dos dados. Após o estudo psicométrico das escalas utilizadas e da análise do contexto sociodemográfico, apresentaremos os resultados obtidos em termos de estatística descritiva e inferencial, expostos em tabelas e quadros. Da análise estatística extrairemos para o capítulo da discussão de resultados, os dados mais importantes, que iremos comparar os resultados como os obtidos noutros trabalhos de investigação, confrontando-os com o enquadramento teórico abordado. Terminaremos com as conclusões consideradas pertinentes, promotoras de melhorias a nível organizacional e futuras tomadas de decisão no campo da liderança e motivação em enfermagem, conceções que manifestamente influenciam a eficiência do trabalho do enfermeiro.

Além destas partes constituintes, completamos a estrutura deste relatório com alguns anexos, constituídos predominantemente pela cópia do instrumento de colheita de dados e pedidos de autorização.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – LIDERANÇA

“Ninguém poder ser um grande líder, a não ser que tenha um interesse genuíno no sucesso dos que estão abaixo na hierarquia”.

Wystan H. Auden

A liderança é na atualidade, uma temática recorrente, importante e valorizada, porque personifica-se no líder, a capacidade de uma estrutura, grupo ou nação de fazer frente aos desafios, problemas e tarefas, norteando os liderados, numa caminhada profícua rumo ao êxito. A complexidade e a incerteza que caracterizam o ambiente organizacional desde dos meados do séc. XX, acabou por acentuar essa tônica (Barracho, 2012).

Diversos autores concluem que a liderança é uma problemática atual, de superior interesse para inúmeras disciplinas relacionadas com a vivência humana – Psicologia, Gestão, Sociologia, Economia e Ciência Política (Barracho, 2012). Esse interesse e necessidade surge, porque “a liderança é o motor de qualquer organização, empresa ou instituição.” (Palma, 2012, p.125).

Atribuindo à liderança um significado de competência para dispor uma estrutura em torno da consecução de um objetivo comum, Palma (2012) considera-a como a principal responsável pela existência de *organização*, na verdadeira aceção da palavra, enquanto sistemas hierarquizados, coordenados e orientados para um mesmo fim.

Proveniente do latim *dirigere*, liderança é sinónimo de comando, direção, hegemonia apontando-nos significados como função do líder, chefia, orientação. Numa primeira análise liderança está intimamente ligada ao poder e à capacidade de comandar de alguém, surgindo-nos com facilidade a imagem de indivíduos dinâmicos, que comandam exércitos vitoriosos, modelam acontecimentos ou que administram grandes grupos empresariais. Foi por aqui que a temática despertou e exaustivamente foi estudada nas últimas décadas, despertando paixões, investigações e conceptualizações, nem sempre consentâneas ou universais (Cunha & Rego, 2009; Lussier & Achua, 2010; Rocha, 2010; Sherring, 2012).

Segundo Couto (2007), a raça humana esteve desde sempre interessada nos líderes e na liderança. Confúcio ditou leis para ordenar as relações entre líderes e subordinados. Platão estabeleceu na Grécia Antiga, a primeira escola formal sobre a *arte* de liderar e a palavra *leader* surgiu na língua inglesa por volta de 1300, como sinónimo de *show the way*⁶. A palavra liderança apareceria 5 séculos depois, com os estudos formais. Quanto mais

⁶ mostra o caminho

aprendemos sobre liderança, mais queremos saber a seu respeito e mais nos dispomos a tal (Jackson & Parry, 2010).

Mas na sua essência, o que é a liderança, esse conceito vasto e ambivalente, que está para além dos sinónimos de poder e comando e que move teóricos e investigadores?

São muitas as definições, “quase tantas, quantas as pessoas que se dedicaram ao tema” (Bass, 1990, citado por Cunha et al., 2007, p.332). Para além de enfatizar o número de definições, Barracho (2012) destaca que todas elas revelam diferentes pontos de vista de ordem prática, técnico-científica ou meramente de índole sociocultural. A liderança é quase a panaceia para o atual momento:

“Liderança é tida, em termos gerais, tanto como o problema, quanto como a solução para todas as modalidades e formas de questões temporâneas, desde dar um fim à pobreza no mundo, até cuidar do aquecimento geral; de recuperar empresas em más condições a regenerar comunidades em crise (...) A necessidade e a busca de conhecimento em liderança parecem insaciáveis.” (Jackson & Parry, 2010, p.21)

Na opinião de Northouse (2013), ao longo dos últimos 100 anos em que o estudo da liderança se tornou um importante campo de introspeção académico, deu-se uma evolução das definições, influenciadas pelo progresso, políticas mundiais e desenvolvimento das teorias subjacentes. Apresentamos, de forma esquemática no quadro 1, as principais definições.

As definições do início do séc. XX, enfatizavam o controlo do poder como ponto central do domínio e propriedade, sendo líder o grande proprietário de empresas em que a posse, o poder e o estatuto social estabeleciam a posição. Posteriormente, nas décadas de 40 e 50, davam destaque aos traços da personalidade, comportamento do líder e à sua capacidade de influenciar o grupo, refletindo a prossecução dos grandes líderes históricos da época.

O foco de atenção na organização como um todo, com colaboradores, objetivos e resultados, seria mais notório a partir da década de 60 e 70, culminando a década de 80 com o tornar da liderança num popular tópico de discussão entre académicos e o público. O final do séc. XX e o início de um novo milénio, outorgaram ao conceito definições reveladoras de um lado mais emotivo e sugestivo da liderança, aproximando-a da motivação e a satisfação dos colaboradores.

Quadro 1. Definições de Liderança

AUTOR(ES)	DEFINIÇÃO
Moore (1927, citado por Northouse, 2013, p.2)	<i>“The ability to impress the will of the leader on those led and induce obedience, respect, loyalty, and cooperation”</i> ⁷
Hemphill (1949, citado por Northouse, 2013, p.3)	<i>“As the behavior of an individual while involved in directing group activities”</i> ⁸
Seeman (1960 citado por Northouse, 2013, p.3)	<i>“Acts by persons which influence other persons in a shared direction”</i> ⁹
Stogdill (1974, citado por Jackson & Parry, 2010, p.27)	“Processo de influenciar as atividades de um grupo organizado nos seus esforços, no sentido de definir e de cumprir objetivos”
Burns (1978, citado por Northouse, 2013, p.3)	<i>“Reciprocal process of mobilizing by persons with certain motives and values, various economic, political, and other resources, in a context of competition and conflict, in order to realize goals independently or mutually held by both leaders and followers”</i> ¹⁰
Jago (1982 citado por Barracho, 2012, p.62)	“Consiste no uso da influência não-coerciva para dirigir e coordenar as atividades dos membros de um grupo organizado, visando o alcance dos objetivos”
Hersey & Blanchard (1988, citados por Barracho, 2012, p.62)	“Processo de influenciar as atividades de um indivíduo ou grupo no sentido de deles obter esforços que permitam o alcance de metas numa dada situação”
Austin & Peters (1985, citados por Jackson & Parry, 2010, p.27)	“Liderança significa visão, carisma, entusiasmo, amor, confiança, verve, paixão, obsessão, consistência, a utilização de símbolos, prestar atenção como se fosse um calendário, drama continuado, criar heróis em todos os níveis, trabalhar o <i>coaching</i> , transitar efetivamente em todos os níveis do grupo (...) Liderança deve estar presente em todos os níveis na organização. Isso depende de um milhão de pequenas coisas, feitas com obsessão, consistência e cuidado, mas mesmo esse milhão de pequenos detalhes nada significa, quando não estão presentes a confiança, a visão e a crença básica naquilo que se pretende.”
Greengard & Baron (1993, citados por Barracho, 2012, p.62)	“O processo através da qual um indivíduo influencia outros membros do grupo, tendo em vista o alcance das metas organizacionais ou do grupo”
Pelletier (1999, citado por Cunha et al., 2007, p.332)	“A liderança é a capacidade de suscitar a participação voluntária das pessoas ou grupos na prossecução de objetivos definidos”
Lussier & Achua (2010, p.6)	<i>“The influencing process of leaders and followers to achieve organizational objectives through change”</i> ¹¹
Manion (2011, p. 3)	<i>“Influencing others to do what needs to be done, especially those things organizational leaders believes need to be accomplished”</i> ¹²
Projeto GLOBE (<i>Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness</i> , citado por Cunha et al., 2007, p.332)	“Capacidade de um indivíduo para influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para a eficácia e sucesso das organizações que são membros”

Podemos aferir que, com base nas diversas opiniões, a liderança não tem ainda um conceito único e universal. Analisando no seu âmbito, as definições mais abrangentes e atuais, poderemos desmontá-las em 4 integrantes essenciais:

- Liderança é um *processo*. Não somente um traço de personalidade residente no líder, mas sim um evento transaccional que ocorre entre o líder e os liderados, implicando que tanto o líder afeta os liderados, como vice-versa, eliminando a visão unidirecional, tornando-a num evento interativo;

⁷ A capacidade de imprimir a vontade do líder sobre os liderados e induzir a obediência, respeito, lealdade e cooperação.

⁸ Como o comportamento de um indivíduo, enquanto envolvido na direção das atividades do grupo.

⁹ Atos de pessoas que influenciam outras pessoas numa direção comum.

¹⁰ Processo recíproco de mobilização por pessoas com certas motivações e valores, vários recursos económicos, políticos e outros, num contexto de competição e conflito, a fim de realizar os objetivos, independentes ou mutuamente assumidos pelos líderes e seguidores.

¹¹ O processo de influência de líderes e seguidores para alcançar os objetivos organizacionais através da mudança.

¹² Influenciar os outros a fazer o que precisa ser feito, especialmente aquelas tarefas que os líderes da organização acreditam que precisam de ser feitas.

- Liderança envolve *influência*. Há um processo interpessoal, de influência, entre um indivíduo e um grupo para atingir um determinado objetivo;
- Liderança ocorre em *grupos*. Não há líder sem a existência de liderados, grupo, organização. É neste contexto de grupo, independentemente do seu tamanho ou propósito, que ocorre a liderança;
- Liderança pressupõe *objetivos comuns*. A liderança eficaz traduz-se na consecução de objetivos planejados. Esses objetivos ao serem comuns, significam que tanto o líder como os liderados têm um propósito comum, no qual todos se envolvem, trabalhando em conjunto para um mesmo fim (Jackson & Parry, 2010; Northouse, 2013).

Dessa análise ainda podemos inferir outra conclusão: a liderança não é uma qualidade do indivíduo mas sim, uma complexa relação entre 3 variáveis:

- *O Líder*: As características do líder, qualidades de personalidade, atitudes e necessidades;
- *O Grupo*: Os liderados, características pessoais dos elementos do grupo, seus valores e necessidades;
- *A Situação*: O ambiente social, económico e político - *stakeholders*, em parte constante, outra parte em constante variação (Adair, 2007, Barracho, 2012).

Independentemente das integrantes essenciais e das variáveis intrínsecas ao conceito de liderança, este reflete, no geral, que existe um papel no qual alguém de um grupo se especializa. As diferenças surgem em relação ao processo de influência e sua envolvência ao retratar divergências profundas sobre os termos *líder* e *liderança*, suscitando diversos caminhos investigacionais, com distintas interpretações dos resultados obtidos (Cunha et al., 2007). Por outro lado estas divergências poderão eventualmente, causar desconforto a gestores e estudantes que pretendem aprender o que é liderança e sobretudo o que é liderar eficazmente. Mais importante que discernir o que será correto ou incorreto, é ver a diversidade como uma fonte de reflexão e admitir que diferentes concepções têm mais-valias e ajudam a compreender o fenómeno na sua globalidade. Liderança vai continuar a ter diferentes significados, para diferentes pessoas.

Atualmente as investigações sobre liderança são frequentes. Na opinião de Jackson & Parry, (2010) esta prossecução faz-se, porque queremos fazer com que a liderança seja bem entendida e executada. Na teoria, o raciocínio tem um sentido perfeito, embora na prática ainda não se tenha atingido o nível de sucesso e eficiência, procurados ao teorizar, sugerindo que ainda há muito trabalho pela frente nesta área.

1.1 - CONCEITOS SUBSIDIÁRIOS DE LIDERANÇA

“O único lugar onde o sucesso vem antes do trabalho é no dicionário”
A.Einstein

A vida em sociedade traduz-se, de uma forma simples, numa interação entre indivíduos, organizando-se em grupos e comunidades, gerando relações. Na opinião de Barracho (2012) um dos tipos de relação mais antigo situa-se a nível da autoridade e poder, quer este seja aceite, consentido ou imposto. Contudo, apesar da proximidade entre os conceitos, estes não devem ser confundidos.

Poder, Autoridade e Liderança

Genericamente o *poder* é a capacidade de impelir alguém a fazer algo, mesmo que este resista, derivando essa capacidade da posição ou força que detém. Falamos em agir, mandar (Barracho, 2012; Rocha, 2010). A *autoridade* é a habilidade de impelir alguém a fazer algo de livre vontade, derivando essa habilidade da influência que exerce. O poder pode ser transmitido, delegado ou promovido. A autoridade não segue essa lógica, diz respeito intrinsecamente à pessoa, à sua personalidade e aptidão para a relação com os outros (Barracho, 2012; Rocha, 2010).

O poder é um aspeto presente na maioria das relações entre pessoas e, ao mesmo tempo, uma importante fonte de conflitos, porque assenta numa relação desigual, desequilibrada, em que um individuo pode obrigar outros a praticarem ações que não fariam se não houvesse essa intervenção (Barracho, 2012; Rocha, 2010). Apresentamos no quadro 2, os 5 tipos de poder.

Quadro 2. Tipos de Poder

TIPOS DE PODER	CARACTERÍSTICAS
Poder de Recompensa	Derivado da capacidade de poder dar recompensas a outros: Quando A tem capacidade de determinar as recompensas de B, ele tem poder de recompensa sobre B. Um supervisor que dá recompensas monetárias aos subordinados que trabalham duramente, está a exercer o poder de recompensa.
Poder Coercivo	Derivado da capacidade de penalizar ou punir os outros: Quando A tem capacidade de determinar as punições de B, A tem poder coercivo sobre B. Um treinador que senta no banco um jogador por se ter atrasado, exerce poder coercivo
Poder Referente	Baseado no apreço e identificação pessoal com o líder: Quando B deseja ser igual a A ou se modela segundo A, A exerce poder referente sobre B. Um professor que é adorado pelos alunos tem poder referente.
Poder de Conhecimento (Expertise)	Baseado na percepção dos subordinados sobre as competências do líder: Quando B percebe que A tem conhecimento especial sobre uma dada situação, A tem poder de conhecimento sobre B. Um guia turístico exerce poder do conhecimento.
Poder Legítimo	Associado ao status e autoridade formal no trabalho: Quando B aceita um conjunto de normas sociais que dizem que ele deve aceitar a influência de A, A tem poder legítimo sobre B. Um juiz quando aplica uma pena, exhibe poder legítimo.

Fonte: “Leadership: Theory and Practice” por P. Northouse, 2013, p.10.

No que respeita à autoridade, Weber reconheceu diferentes tipos de autoridade e acima de tudo identificou que a liderança está ligada à autoridade e nem tanto ao poder: “A liderança

está associada a uma característica psicológica que é o carisma, seja da parte dos líderes, seja da parte dos seguidores. Para que a liderança se exerça tem de haver um grupo e este tem de consentir a influência do líder, por outras palavras, tem de admitir ser influenciado a si mesmo” (Barracho, 2012, p. 45). Podem considerar-se 4 tipos de autoridade entre as pessoas:

- *Autoridade da posição*, que decorre do poder instituído;
- *Autoridade do conhecimento*, que flui para quem sabe;
- *Autoridade da personalidade*, na sua forma extrema, carisma;
- *Autoridade moral*, que apela ao esforço e sacrifício dos liderados (Adair, 2007).

Todas as noções, posição, conhecimento e personalidade são subsidiárias dos conceitos de poder, autoridade e liderança. Na sua essência são todas importantes para que a organização, líder e liderados, cooperem entre si no seguimento da consecução dos objetivos. Uma harmoniosa interação entre poder e autoridade contribuirá decisivamente para uma liderança forte e prossecutora dessas metas (Adair, 2007).

Gestão e Liderança

É comum confundir estes termos, persistindo na literatura algum impasse nas fronteiras entre a liderança e a gestão, ao ponto de alguns autores tratarem-nos como sinónimos.

A liderança é tida como um processo mais emocional, dado que os líderes são carismáticos e inspiradores, são dinâmicos, assumem riscos, sabem lidar com o processo de mudança e são visionários. Os gestores trabalham mais com a *cabeça* do que com o *coração*, são mais racionais, lidam com a eficiência, o planeamento, os procedimentos, o controlo e os regulamentos (Cunha et al., 2007; Metcalf & Benn, 2012) (cf. quadro 3). Já Bennis & Nanus (1985, citados por Cunha et al., 2007) diferenciam os gestores como pessoas que sabem o que devem fazer e os líderes como as pessoas que sabem o que é necessário ser feito.

Quadro 3. Gestores e Líderes

GESTORES	LÍDERES
Rendem-se á situação	Procuram agir sobre a situação
Administram	Inovam
Questionam-se sobre o como e o quando	Questionam-se sobre o quê e o porquê
Tem perspetivas de curto prazo	Têm perspetivas de longo prazo
Imitam	São originais
As competências de gestão podem ser ensinadas / aprendidas	As competências de liderança não podem ser ensinadas / aprendidas

Fonte: “Manual de Comportamento Organizacional e Gestão” por M. Cunha, A. Rego, R. Cunha & C. Cardoso, 2007, p.334.

Independentemente da discussão em torno das qualidades, interações e diferenças que liderança e a gestão têm, ambas são imprescindíveis para a sobrevivência e prosperidade das

organizações. A liderança será mais pertinente em situações mais agitadas e turbulentas e a gestão em momentos de maior estabilidade (Cunha et al., 2007; Metcalf & Benn, 21012).

1.2 - TEORIAS DE LIDERANÇA

“O condutor de elefantes deve ter em conta o sentido em que eles caminham”

Provérbio Bantu

Anos de pesquisa sobre a temática da liderança, produziram diversas definições que tentam explicar o conceito de liderança. O problema metodológico está em definir liderança como aquilo que *o líder é ou faz*, e definir líder como *aquele que exerce liderança*. Por outro lado, as constantes transformações das organizações alteram as contingências do papel do líder, dificultando a universalização do conceito (Cardoso & Amorim, 2010). Contudo, o conceito de liderança ainda permanece inexplicável, conforme Stogdill já teria preconizado em 1975 (p.6):

*“A complete theory of leadership is yet to be produced. The available theories account for various subsets of the total problem. A complete theory of leadership will account for the emergence, legitimation, and maintenance of the leadership role. It will account for the relationship of different patterns of leader behavior to follower satisfaction and to group productivity, drive, and cohesiveness under different situational conditions”*¹³.

É importante distinguir teoria de modelo de liderança, uma vez que surgem categorizadas de uma forma pouco esclarecedora. Na opinião de Lussier & Achua (2010, p.15) uma teoria da liderança *“is an explanation of some aspect of leadership”*¹⁴. As teorias têm um valor prático, pois são utilizadas para melhor compreender, prever e controlar a liderança tida como eficaz. Um modelo de liderança *“is an example for emulation or use in a given situation”*¹⁵ (Lussier & Achua, 2010, p. 152). Por opção iremos utilizar a nomenclatura conforme nos é proposta pelos autores consultados, exibindo no quadro 4 um resumo sobre as diversas abordagens teóricas da liderança.

¹³ Uma teoria completa sobre liderança ainda está para surgir. As teorias disponíveis representam vários subconjuntos do total do problema. Uma teoria completa sobre liderança será responsável pela emergência, a legitimação e a manutenção do papel da liderança. Ela irá explicar a relação entre os diferentes padrões de comportamento do líder, a satisfação dos liderados, a produtividade do grupo e a unidade e coesão, sob diferentes condições situacionais.

¹⁴ É uma explicação de alguns aspetos da liderança.

¹⁵ É um exemplo para a emulação ou utilização numa dada situação.

Quadro 4. Principais abordagens da Liderança

ABORDAGEM	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	PRINCIPAIS TEORIAS
Traços e Competências	Realce nos atributos, qualidades e competências do líder	Traços Competências
Comportamental	Realce no comportamento do líder	Estudos de Iowa Estudos de Michigan Estudos de Ohio Classificação de Likert Grelha de Gestão (Liderança) de Blake e Mouton
Contingencial Situacional	Realce dos fatores contingenciais e situacionais na ação e percepção do líder	Modelo Contingencial de Fiedler Teoria Situacional de Hersey & Blanchard Teoria <i>Path-Goal</i> Teoria Normativa da Tomada de Decisão Teoria dos Substitutos de Liderança
Integrativa	Realce na integração de diversas variáveis da liderança	Liderança Carismática Liderança Transformacional/Transacional
Contemporânea	Realce em abordagens mais recentes que destacam as relações entre líder e liderados	Trocas Líder-Membro Liderança Autêntica

Fonte: Adaptado de Barracho, 2012; Havig, Skogsta, Veenstra, & Romøren, 2011; Northouse, 2013

1.2.1 – Abordagem dos Traços e Competências

As primeiras teorias desenvolvidas no âmbito desta abordagem eram chamadas de teorias do *Grande Homem*, uma vez que se focavam na identificação de qualidades inatas e características pessoais dos grandes líderes sociais, militares e políticos da história (Northouse, 2013). Procurava-se descortinar traços físicos (estatura, aparência), características da personalidade (autoestima, autoconfiança, estabilidade emocional) e aptidões (inteligência, fluência verbal) que distinguissem os líderes, dos não-líderes e os líderes eficazes dos ineficazes (Cunha et al. 2007): “*This school emphasized the importance of the leader as an individual to whom the group is largely subservient. An individual emerges as a leader because he is endowed with abilities and characteristics which are acknowledged and deferred by the group members*”¹⁶ (Stogdill, 1975, p.6).

Entre os pressupostos básicos desta abordagem admitia-se que:

- A posse de um conjunto de traços era pré-requisito para uma liderança eficaz;
- O líder influenciava as atitudes e comportamentos dos liderados (Barracho, 2012).

À época, esta abordagem favoreceu as técnicas de seleção de novos líderes em detrimento da sua formação, bastando para isso conhecer os traços característicos como base para a seleção, sem necessidade de lhes dar treino específico. Não obstante, as pesquisas da

¹⁶ Esta escola enfatizou a importância do líder como um indivíduo a quem o grupo é subserviente. Um indivíduo emerge como um líder, porque ele é dotado de habilidades e características que são reconhecidas e respeitadas pelos membros do grupo

altura foram incapazes de revelar especificamente quais os traços suscetíveis de garantir o sucesso (Barracho, 2010; Cunha et al. 2007). Após revisão de diversos estudos, Stogdill, concluiu que existiam uma profusão de características pessoais impossíveis de elencar como sinónimo de eficácia na liderança: “A sua força explicativa seria enfraquecida pela análise de Stogdill que encontrou 120 traços característicos de liderança” (Rocha, 2010, p.95). Um líder com certos traços tem probabilidades superiores de ser eficaz do que outros que não os possuem, mas não lhe garante automaticamente a eficácia; igualmente pode ser eficaz numa situação e ineficaz noutra; dois líderes com diferentes traços podem ser bem-sucedidos na mesma situação (Cunha et al., 2007, Northouse, 2013) (cf. figura 1).

A aplicação desta abordagem pode fornecer informação valiosa aos dirigentes de topo, uma vez que é possível, através de um instrumento de avaliação, identificar quem tem traços procurados para uma determinada posição de liderança (Northouse, 2013).

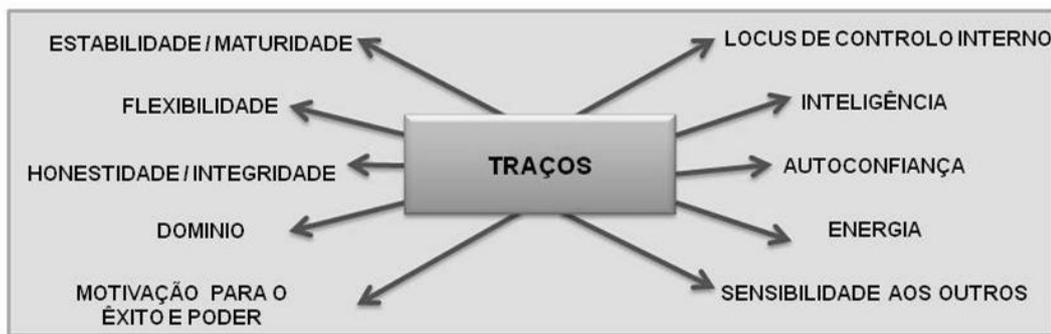


Figura 1. Traços mais relevantes dos líderes eficazes

Fonte: Adaptada de Barracho, 2012; Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010; Northouse, 2013.

A abordagem das competências concentra-se, tal como nos traços, numa perspetiva centralizada no líder. Podem ser definidas como a capacidade de usar o conhecimento e aptidões para realizar um conjunto de metas ou objetivos: “*Skills are what leaders can accomplish, where as traits are who leaders are (i.e., their innate characteristics)*”¹⁷ (Northouse, 2013, p. 44). O grande impulsionador foi Katz que identificou competências técnicas, interpessoais e conceptuais que se distinguem na liderança eficaz (cf. figura 2).

Mais recentemente, outros autores deram um novo impulso a este tipo de abordagem, através de um *modelo de capacidades*, que elenca a relação entre o conhecimento do líder, suas competências e performance, podendo estas capacidades serem desenvolvidas através da educação e experiência: “*Rather than emphasizing what leaders do, the skills approach*

¹⁷ As competências são aquilo, que os líderes podem realizar, enquanto que os traços, são o que são líderes (ou seja, as suas características inatas).

frames leadership as the capabilities (knowledge and skills) that make effective leadership possible”¹⁸ (Mumford et al., 2000, citados por Northouse, 2013, p. 47).



Figura 2. Competências mais relevantes dos líderes eficazes
Fonte: Adaptada de Cunha et al., 2007; Northouse, 2013.

Embora relevantes para a generalidade dos dirigentes, a importância das competências depende de aspetos como a hierarquia, tipo e dimensão da organização, estrutura organizacional, grau de centralização da autoridade e as características culturais. A título de exemplo as competências técnicas são pertinentes para gestores hierarquicamente em níveis mais baixos ou especialmente empreendedores; as conceptuais são importantes para gestores de topo (Cunha et al., 2007).

1.2.2 – Abordagem Comportamental

A génese desta abordagem ocorreu nos anos 40, perante a dificuldade dos investigadores em explicarem a eficácia da liderança com base nos traços e competências, debruçando-se sobre a definição de padrões de comportamento que diferenciavam os líderes eficazes dos não eficazes (Barracho, 2012; Cunha et al., 2007, Rocha, 2010; Rubenstein, 2005).

A abordagem comportamental distancia-se da anterior, ao focar-se no que o líder *faz* em detrimento do que o líder *é*, sugerindo que os líderes, primariamente, adotam dois tipos de comportamento, orientação para as tarefas e orientação para as pessoas, passíveis de se conciliarem para influenciar os outros (Northouse, 2013).

¹⁸ Em vez de enfatizar o que os líderes fazem, a abordagem de competências enquadra as capacidades (conhecimentos e habilidades) como garante de uma liderança eficaz.

Estudos de Iowa

Nos anos 30 na Universidade de Iowa, no âmbito da psicologia social, Lewin e associados conduziram estudos em método quase experimental, sobre o *estilo* de liderança dos gestores. Distinguiram 3 tipos:

- *Autocrático*: Este tipo de líder decide de forma unilateral, limitando ou excluindo a participação dos liderados. A comunicação processa-se exclusivamente para transmitir ordens e supervisiona diretamente os trabalhadores;
- *Laissez-Faire*: A ação deste líder limita-se a comunicar o objetivo final do trabalho a realizar pela equipa. Resolve as questões quando solicitado e proporciona os instrumentos de trabalho;
- *Democrático*: É o tipo de líder que favorece a participação de toda a equipa na tomada de decisões e nas intervenções relacionadas com o processo. Ele decide, mas tem em consideração as opiniões do grupo (Barracho, 2012; Lussier & Achua, 2010; Rocha, 2010; Sherring, 2012)

Os estudos de Lewin foram replicados com especial enfoque nos estilos democrático e autocrático da liderança: Sem serem conclusivos, assinalaram que a adoção de um estilo mais participativo levava a ganhos na produtividade (Rocha, 2010).

O aproximar destes movimentos ao estudo da relação homem-trabalho, influenciou a investigação subsequente, evoluindo-se de uma abordagem racional centrada no trabalho, para uma mais social, com o homem no centro da organização. Da máxima *organizar para produzir eficientemente*, sucedeu-lhe a preocupação de motivar os sujeitos para atingir essa eficácia. Entrava-se na era dos estudos sobre a motivação e relações humanas aplicadas à organização, observando-o como um sistema social e relacional (Barracho, 2012).

Estudos de Michigan

Os estudos da Universidade do Estado de Ohio e da Universidade de Michigan decorreram mais ou menos ao mesmo tempo, durante as décadas de 40 e 50. Não se basearam nos *estilos* de liderança, mas sim em perceber o *comportamento* dos líderes eficazes, uma vez que o comportamento do líder é preditor da sua influência, determinando os resultados e o sucesso da liderança (Lussier & Achua, 2010).

Sob a direção de Likert, o grupo de Michigan procurou identificar as características do comportamento dos líderes, relacionando-os com o nível de eficácia, desenvolvendo medidas quantitativas das variáveis que influenciam o output e a satisfação do grupo (Cardoso & Amorim, 2010; Lussier & Achua, 2010; Rocha, 2010).

A investigação identificou 2 tipos de comportamento:

- *Orientação para as tarefas*: o líder define e estrutura o seu trabalho e o dos subordinados com regras objetivas e claras, tendo em vista o alcance das metas preconizadas;
- *Orientação para as pessoas*: o líder age de modo amistoso e apoiante, preocupa-se com os subordinados, o seu bem-estar e necessidades e desenvolve relações de proximidade; (Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010; Northouse 2013).

Os primeiros resultados obtidos por estes estudos apontavam que os comportamentos centralizados no colaborador traduziam-se em melhores índices de eficácia. Contudo o aprofundar da investigação revelou que estes eram na realidade inconclusivos (Cunha et al., 2007).

Estudos de Ohio

Sob a direção de Stodgill, os estudos de Ohio procuraram identificar e descrever as várias dimensões da liderança em detrimento de estudar o bom ou o mau estilo de liderança, abrangendo diferentes grupos de trabalhadores, na procura de padrões de comportamento de liderança (Rocha, 2010). Para tal desenvolveram o instrumento *Leader Behavior Description Questionnaire* (LBDQ), onde os profissionais identificavam o número de vezes que os seus líderes adotavam determinados tipos de comportamento. Da compilação e análise das respostas chegaram à conclusão que o comportamento dos líderes direcionavam-se para duas dimensões fortemente correlacionadas:

- *Estruturação*: Centram o comportamento de liderança na estrutura organizacional, no trabalho, focando-se na execução da tarefa. A motivação dos colaboradores importa, mas não é a principal preocupação;
- *Consideração*: Centram o comportamento de liderança no homem, focando-se nas necessidades intrínsecas das pessoas e no desenvolvimento de relações. É da ênfase posta nessas relações que se potencia a motivação dos colaboradores. (Lussier & Achua, 2010; Northouse, 2013).

Como o líder pode ter alta ou baixa *consideração* e/ou *estruturação*, desenvolveram 4 estilos de liderança, combinando os graus de consideração e estruturação (cf. figura 3).

- Comportamento de liderança de *alta estruturação - baixa consideração*: O líder tem uma elevada orientação para a realização da tarefa, relegando para segundo plano o relacionamento com os colaboradores;

- Comportamento de liderança de *baixa estruturação - alta consideração*: O líder tem uma elevada orientação para o relacionamento com os colaboradores, relegando para segundo plano a realização da tarefa;
- Comportamento de liderança de *baixa estruturação - baixa consideração*: O líder não dá importância nem aos colaboradores, nem às tarefas da organização;
- Comportamento de liderança de *alta estruturação - alta consideração*: O líder tem uma elevada orientação quer para os colaboradores, quer para as tarefas da organização (Barracho, 2012; Lussier & Achua, 2010; Northouse, 2013).



Figura 3. Quadrantes de Liderança de Ohio

Fonte: “Liderança em Contexto Organizacional” por C. Barracho, 2012, p.84.

Na generalidade os Estudos de Ohio e Michigan convergem na assunção que a liderança é composta por estes 2 tipos primordiais de comportamento de liderança. No comportamento direcionado para a tarefa, a preocupação gira em torno do trabalho e da prossecução de objetivos, exercendo-se um poder formal, onde as palavras-chave são a racionalidade, a eficiência, o planeamento, o controlo e as regras, aproximando-o do conceito de gestor.

Já o comportamento direcionado para as pessoas é mais emocional, dinâmico, preocupado com as suas necessidades e com a relação. Noções como respeito, confiança, influência, motivação e comunicação, aproximam esta orientação do conceito mais cristalino de líder. No fundo, o propósito central de ambos os estudos é tentar explicar como os líderes combinam estes dois tipos de comportamento para influenciar os subordinados a atingir um determinado objetivo (Lussier & Achua, 2010; Northouse, 2013).

Apesar da similaridade, os estudos diferem apenas no posicionamento do comportamento do líder. Os estudos de Michigan colocam os dois comportamentos de liderança em pontos opostos do mesmo *continuum* de liderança, construindo um modelo apenas unidimensional. Já os estudos de Ohio consideram os dois comportamentos como independentes entre si, obtendo-se da sua conjugação um modelo bidimensional, produzindo 4 atitudes da sua conjugação, apresentadas anteriormente (Lussier & Achua, 2010; Northouse, 2013).

Estes dois comportamentos de liderança que são a base de ambos os estudos universitários, têm um robusto apoio da investigação. Foram repetidamente testados e desenvolvidos, com recurso a análise estatística em inúmeras pesquisas, tendo por base o LBDQ e as subsequentes versões modificadas e aperfeiçoadas (Lussier & Achua, 2010).

Apesar de não haver uma resposta de comportamento de liderança para todas as situações, é consistente o resultado da pesquisa que os subordinados apresentam índices de motivação mais elevados com o líder com elevada consideração (Germain & Cummings, 2010; Lussier & Achua, 2010). A pesquisa determinou ainda que um comportamento com elevada consideração pelas pessoas e pela tarefa, em simultâneo, é a melhor forma de liderança contribuindo com níveis mais elevados de eficácia (produtividade, satisfação e motivação) (Germain & Cummings, 2010; Northouse, 2013). Este tipo de comportamento vulgarizou-se ser chamado de estilo de liderança *Hi-Hi*. Contudo, o desenvolvimento da teoria e o avançar da pesquisa suscitam a ideia que há comportamentos eficazes nalgumas situações, mas não noutras (Barracho, 2012; Cunha et al., 2007).

Independentemente do estabelecido por estas duas dimensões comportamentais da liderança, os estudos trouxeram um importante contributo para as organizações, ao colocar o ênfase no cariz humano das estruturas laborais, como forma de aumentar a produtividade dos seus subordinados. É destas pesquisas que surgiu a frase intemporal: “*An happy worker is a productive worker*”¹⁹ (Lussier & Achua, 2010, p.75).

Classificação de Likert

Na procura incessante de uma verdadeira teoria que explicasse a eficácia da liderança em todas as situações, Likert desenvolveu em 1961, uma abordagem emblemática sobre a liderança e o comportamento dos líderes, propondo uma classificação composta por 4 sistemas de liderança (cf. figura 4):

¹⁹ Um trabalhador feliz é um trabalhador produtivo

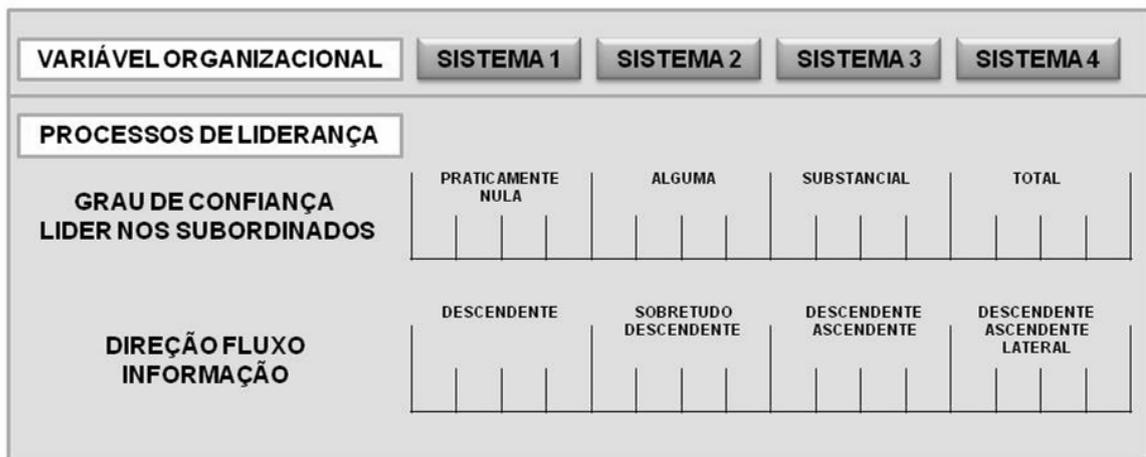


Figura 4. Perfil de Características Organizacionais

Fonte: “Liderança em Contexto Organizacional” por C. Barracho, 2012, p.81.

- Sistema 1 (*Autocrático-explorador*): desconfiança nos subordinados, decisões centralizadas no líder, sistema de motivação assente no medo e ameaças, com algumas recompensas ocasionais;
- Sistema 2 (*Autoritário-benevolente*): confiança condescendente, decisão ainda centrada no líder, motivação com recompensas e algum medo, já com alguma participação na tomada de decisão;
- Sistema 3 (*Consultivo*): Confiança substancial nos colaboradores, que são consultados antes tomada de decisões, motivação com base nas recompensas habituais, ocasionalmente na ameaça, alguma fluidez na comunicação;
- Sistema 4 (*Democrático-participativo*): Confiança total nos subordinados, envolvendo subordinados no planeamento e na decisão, motivação com base na participação e recompensas, comunicação em todos os sentidos (Barracho, 2012; Cunha et al., 2007).

Neste modelo de Likert, a eficácia dos colaboradores progride à medida que as organizações mudam dos sistemas autocráticos para participativos. Este otimismo teve apoio em alguns estudos, embora outros contrariassem estas conclusões (Cunha et al., 2007).

Grelha de Gestão (Liderança) de Blake e Mouton

A grelha de Blake e Mouton de 1964, é talvez o modelo de comportamento mais conhecido. Inicialmente conhecida como Grelha de Gestão, a Grelha de Liderança de Blake e Mouton cruza as orientações para as tarefas e as orientações para as pessoas, resultando em 5 estilos (Barracho, 2012; Lussier & Achua, 2010; Northouse, 2013) (cf. figura 5):

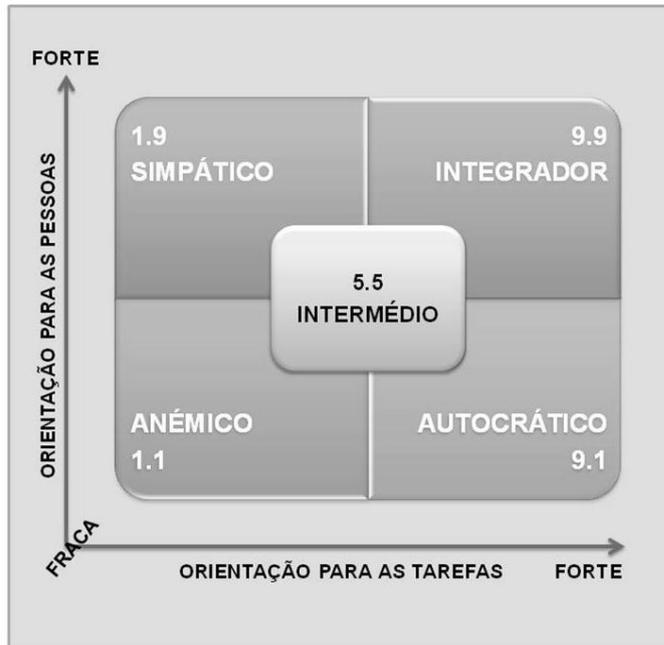


Figura 5. Grelha de Gestão (Liderança) de Blake e Mouton

Fonte: “Manual de Comportamento Organizacional e Gestão” por M. Cunha, A. Rego, R. Cunha & C. Cardoso, 2007, p.339.

- Líder *Anémico* (1.1): Tem pouca preocupação com as pessoas e a produção. Pouco sociável, distante, apático, faz o mínimo indispensável para permanecer empregado;
- Líder *Simpático* (1.9): mais sociável, concentra-se nas necessidades das pessoas, relegando as tarefas para segundo plano, mantendo uma atmosfera amigável;
- Líder *Autocrático* (9.1): pouco sociável, dá primazia às tarefas e produção, focando-se na execução do trabalho, tratando os subordinados como máquinas;
- Líder *Integrador* (9.9): Sociável e participativo, tem uma elevada preocupação quer com as pessoas (máxima satisfação), quer com a produção (máxima produtividade);
- Líder *Intermédio* (5.5): Moderado, tem as suas preocupações equiparadas entre as pessoas e as tarefas.

Observando a figura 5, o estilo 9.9 é considerado o mais eficaz e o mais apropriado para ser utilizado em todas as situações: “*It promotes a high degree of participation and teamwork in the organization and satisfies a basic need in employees to be involved and committed to their work*”²⁰ (Northouse, 2013, p. 81)

Esta popular grelha ainda hoje em investigação, baseia-se nas conclusões de Ohio e Michigan e é o exemplo prático de um modelo de liderança, com aplicação no treino e formação de novos líderes e gestores (Northouse, 2013). Ao detetar estilos e orientações, esta

²⁰ Promove um alto grau de participação e de trabalho de equipa na organização e satisfaz necessidades básicas dos colaboradores, envolvendo-os e comprometendo-os com o seu trabalho.

abordagem afirma que é possível treinar pessoas num determinado sentido, salientando que é mais importante o treino que a seleção. Surge então a ideia que “*leaders are born and made*”²¹ (Barracho, 2012, p. 87).

1.2.3 – Abordagem Contingencial / Situacional

Esta abordagem surge na década de 60, para colmatar as lacunas dos modelos e teorias precedentes, uma vez que prever a eficácia do líder era muito mais complexo do que o simples isolar de comportamentos ou traços. Foca-se nos aspetos situacionais e contextuais (características dos subordinados, natureza do ambiente externo) que afetam o trabalho do líder e a sua relação com as pessoas de dentro e fora da organização (Barracho, 2012; Northouse, 2013, Rubenstein, 2005). “*The premise of the theory is that different situations demand different kinds of leadership*”²²(Northouse, 2013, p.99). Nesta perspetiva para atingir-se uma liderança eficaz à que adaptar o estilo do líder às exigências das diferentes situações que se colocam à organização.

Modelo Contingencial de Fiedler

Das teorias e modelos contingenciais de 1.^a geração, o mais notório é o que Fiedler apresentou em 1967, uma vez que foi o primeiro a integrar o líder, o liderado e a situação num só modelo, especificando como é que as variáveis situacionais interagem com a liderança (Barracho, 2012; Lussier & Achua, 2010; Northouse, 2013).

O estilo de liderança é aferido pela peça central da investigação de Fiedler, o instrumento LPC (*Least Preferred Coworker*), que faz a mensuração das características do líder através de uma escala de avaliação de atributos. Uma baixa cotação inferia que o líder é primariamente orientado para as tarefas e só depois para o relacionamento, refletindo uma menor complexidade cognitiva e eventualmente maior distanciamento psicológico. Uma cotação mais elevada denotava maior orientação para o relacionamento, com maior complexidade cognitiva e proximidade (Cunha et al., 2007) (cf. quadro 5).

Importa distinguir o modelo de Fiedler dos Estudos de Ohio, uma vez que o autor invoca esta orientação para a tarefa ou relacionamento, como motivações, atributos da personalidade do líder, relacionando-os e apropriando-os à situação, isto é, variando o estilo da liderança em função do controlo situacional, tornando a liderança eficaz (Barracho, 2012).

²¹ Os líderes nascem e fazem-se.

²² A premissa desta teoria é que diferentes situações exigem diferentes tipos de liderança.

A eficácia da liderança é o produto do desempenho do grupo deste modelo e depende da favorabilidade da situação. Na opinião de Cunha et al., (2007) a situação é tão mais favorável quanto melhores forem as relações líder-membro (facilita a adesão às diretivas do líder), quanto maior for a posição de poder do líder (facilita a influência) e quanto mais estruturada for a tarefa (facilita o controle e monitorização do desempenho).

Quadro 5. Interpretações da Escala LPC

LPC ELEVADO	LPC BAIXO
Orientação para o relacionamento	Orientação para a tarefa
Necessidade de bom relacionamento interpessoal	Necessidade de assegurar êxito na tarefa
Maior complexidade cognitiva	Menor complexidade cognitiva
Menor distanciamento psicológico	Maior distanciamento psicológico
Motivo primário: sucesso interpessoal	Motivo Primário: êxito na tarefa
Motivo secundário: êxito na tarefa	Motivo secundário: sucesso interpessoal

Fonte: “Liderança em Contexto Organizacional” por C. Barracho, 2012, p.90.

O líder eficaz seria aquele que consegue mudar os aspetos situacionais, adaptando-os ao seu próprio estilo de liderança. Apresentariam maior eficácia os líderes orientados para a tarefa, em situações muito favoráveis ou muito desfavoráveis. Já os líderes orientados para as pessoas seriam eficazes em situações intermédias (Barracho, 2012; Northouse, 2013). A partir do modelo de Fiedler é possível construir um quadro que combina os 3 elementos, obtendo-se 8 categorias possíveis (cf. quadro 6):

Quadro 6. Ajustamento entre o estilo do líder e a favorabilidade da situação

RELAÇÃO LÍDER-MEMBRO	BOA				POBRE				
	ELEVADA ESTRUTURAÇÃO		BAIXA ESTRUTURAÇÃO		ELEVADA ESTRUTURAÇÃO		BAIXA ESTRUTURAÇÃO		
ESTRUTURAÇÃO TAREFA									
PODER DA POSIÇÃO DO LÍDER	FORTE	FRACO	FORTE	FRACO	FORTE	FRACO	FORTE	FRACO	
CATEGORIA	1	2	3	4	5	6	7	8	
LPC ADEQUADO	BAIXO				ELEVADO				BAIXO
ORIENTAÇÃO	TAREFAS	TAREFAS	TAREFAS	PESSOAS	PESSOAS	PESSOAS	PESSOAS	TAREFAS	

Fonte: “Leadership: Theory and Practice” por P. Northouse, 2013, p.124.

Os estudos tendem a apoiar a validade do modelo, embora não sustentem com exatidão todas as propostas do quadro anterior. Alguns críticos colocam em questão a interpretação do LPC, uma vez que não explica o porquê dos estilos de liderança afetarem a eficácia. Também descarta os líderes com LPC moderado, cujo número ultrapassa os líderes com LPC baixo ou elevado. Por fim o modelo concebe as relações entre o líder e os liderados como uma variável situacional, quando na realidade é uma variável passível de ser influenciada pelo líder, através de comportamentos de apoio aos colaboradores (Barracho, 2012; Cunha et al., 2007).

Teoria Situacional de Hersey e Blanchard

Considerada uma das teorias situacionais mais exploradas, a teoria de Hersey e Blanchard de 1969, introduz, para além das dimensões tradicionais (orientação para a produção e orientação para as pessoas), uma terceira dimensão denominada maturidade dos subordinados, isto é capacidade e disposição das pessoas para assumirem a responsabilidade, de dirigirem o seu próprio comportamento (*task maturity*)” (Barracho, 2012; Cunha et al., 2007; Northouse, 2013; Rocha, 2010). Esta teoria integra duas variáveis:

- *Comportamento do líder*, analisado em função de duas vertentes: Grau de *orientação para as tarefas* (metas, prazos e organização do trabalho) e *grau de orientação para o relacionamento* (apoio, feedback, envolvimento e interação com os colaboradores). Estes comportamentos são similares às classificações usadas pelos investigadores de Ohio e Blake e Mouton;
- *Maturação dos colaboradores*, que integra duas vertentes: *Maturidade no cargo, trabalho* (conhecimento, experiência e competência na função) e *maturidade psicológica* (confiança, motivação e empenhamento). Não é entendida como um traço de personalidade mas sim como algo relacionado com uma tarefa específica, podendo ser maduros em certas tarefas e imaturos noutras. (Barracho, 2012, Cunha et al., 2007).

O comportamento do líder irá então depender, entre outras variáveis, do grau de maturidade dos subordinados. À medida que a maturidade dos colaboradores aumenta, o líder diminuirá a orientação para as tarefas, incrementando o comportamento de relacionamento. A chave do sucesso estará na identificação do grau de maturidade dos subordinados e adotar o estilo mais adequado (Cardoso & Amorim, 2010): “Qualquer dos estilos é eficaz, desde que seja adaptado ao nível de maturidade dos subordinados” (Barracho, 2012, p.104). O quadro 7 e figura 6, que esquematizam a perspectiva dos autores, propõem 4 estilos de liderança em função de 4 fases de maturidade.

Alguns autores identificam entre esta teoria, os Estudos de Ohio e a Grelha de Gestão de Blake e Mouton uma estreita relação, correspondendo ao *Telling* o 9.1, ao *Selling* o 9.9, ao *Participating* o 1.9 e ao *Delegating* o 1.1 (Barracho, 2012). É uma teoria bastante prática, fácil de perceber, intuitiva e facilmente aplicável a uma grande variedade de situações. Bem acolhida, gera particular interesse na formação de chefias, pois recomenda maior dinâmica e flexibilidade, assente na avaliação sistemática da motivação, competência e experiência dos colaboradores e conseqüente adaptação do estilo de liderança mais adequado (Northouse, 2013).

Quadro 7. Quatro estilos de liderança para quatro níveis de maturidade

NÍVEL DE MATURIDADE	M 1	M 2	M 3	M 4
	Não é capaz e não quer assumir responsabilidades ou é inseguro <i>Não é empenhado nem competente.</i>	É incapaz de assumir responsabilidades mas tem vontade e confiança <i>É empenhado mas incompetente</i>	É capaz mas não tem vontade de assumir responsabilidades ou é inseguro <i>Não é empenhado mas é competente</i>	É capaz de assumir responsabilidades e simultaneamente tem vontade ou confiança <i>É empenhado e competente</i>
ESTILO DE LIDERANÇA	E1	E 2	E 3	E 4
	“Dar ordens” (<i>Telling</i>) Dirigir Guiar Estabelecer <i>(Proporciona instruções específicas e supervisão rígida. Diz o que fazer, quando e como)</i>	“Vender” (<i>Selling</i>) Orientar Explicar Clarificar Persuadir <i>(Explica decisões e proporciona oportunidade para clarificar; dialoga; explica o porquê)</i>	Participar (<i>Participating</i>) Encorajar Colaborar Comprometer <i>(Partilha ideias, discute, apoia, facilita, leva à participação na tomada decisões)</i>	Delegar (<i>Delegating</i>) Observar Monitorar <i>(Delega as responsabilidades na tomada decisões e na sua implementação Grande margem de liberdade decisão)</i>
ORIENTAÇÃO	Elevada orientação para as tarefas Reduzida orientação para as pessoas	Elevada orientação para as tarefas Elevada orientação para as pessoas	Reduzida orientação para as tarefas Elevada orientação para as pessoas	Reduzida orientação para as tarefas Reduzida orientação para as pessoas

Fonte: “Liderança em Contexto Organizacional” por C. Barracho, 2012, p.104.

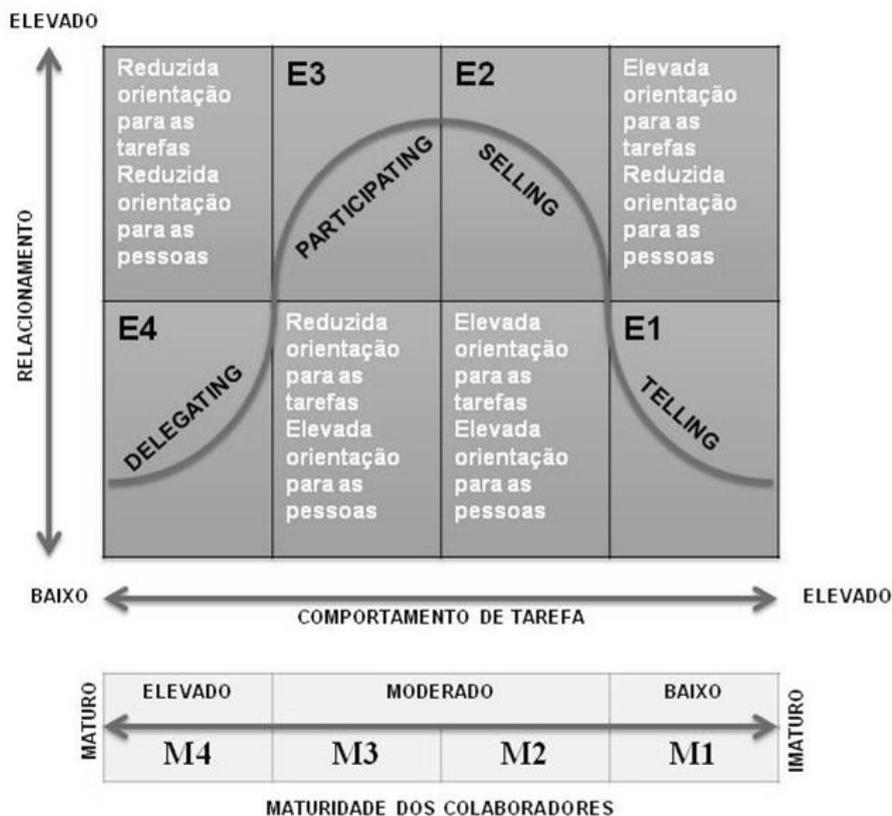


Figura 6. Teoria Situacional de Hersey e Blanchard

Fonte: “Liderança em Contexto Organizacional” por C. Barracho, 2012, p.103.

As críticas, baseiam-se na ambiguidade do conceito maturidade e em ignorar outras variáveis situacionais, não ficando demonstrado o aumento de eficácia (Cunha et al., 2007).

Teoria *Path-Goal*

Conhecida como Teoria dos Caminhos para os Objetivos ou Teoria dos Caminhos-Meta, decorre dos estudos de Evans (em 1970), House e Mitchell (em 1974) e House (em 1996), sendo considerada a mais abrangente e sofisticada das teorias contingenciais (Barracho, 2012; Cunha et al., 2007). Baseia-se na escolha de um dos 4 comportamentos de liderança, apropriado às características da situação (ambiente e colaboradores), maximizando o desempenho e satisfação dos subordinados (cf. quadro 8). A motivação dos indivíduos dependerá da sensação de capacidade para realizarem a tarefa, da noção que os esforços produzirão um determinado resultado e da expectativa da recompensa acessória ao trabalho desenvolvido (Lussier & Achua, 2010, Rubenstein, 2005).

*Quadro 8. Comportamentos de liderança da Teoria *Path-Goal**

TIPOS	LÍDER
Liderança Diretiva	Orienta os subordinados para o que devem fazer e o modo como devem atuar, planeia e coordena o respetivo trabalho, impele-os a seguir as regras e procedimentos, estabelece padrões de desempenho
Liderança Apoiante	Mostra respeito e consideração pelo bem-estar e necessidades dos colaboradores, atua cortesmente e com justiça, cria um ambiente social amistoso
Liderança Participativa	Consulta os colaboradores, solicita-lhes sugestões e toma as respetivas ideias em conta quando toma decisões
Liderança orientada para o Êxito	Estabelece metas desafiantes para os colaboradores, enfatiza a excelência, tenta descortinar modos de alcanças melhorias. Transmite aos colaboradores a expectativa de que eles alcançarão elevados desempenhos

Fonte: “Liderança em Contexto Organizacional” por C. Barracho, 2012, p.99.

O líder é responsável por aumentar a motivação dos liderados, para se obter a realização dos objetivos pessoais e da organização. Aí surge o verdadeiro desafio, o de adequar o comportamento de liderança à motivação dos liderados (Northouse, 2013).

“Evans (1970) lembra que a maneira mais importante de influenciar os subordinados é a capacidade do líder em distribuir recompensas (*goals*) e em especificar caminhos (*paths*) que eles devem percorrer para as poder receber (...) o líder eficaz é aquele que apoia os subordinados através de caminhos que conduzem a benefícios simultâneos para eles e para a organização” (Barracho, 2012, p.96).

O líder poderá adotar um dos comportamentos de liderança, consoante as características dos subordinados, a natureza e diversidade das situações e as necessidades motivacionais (Cunha et al., 2007; Northouse, 2013) (cf. figura 7).

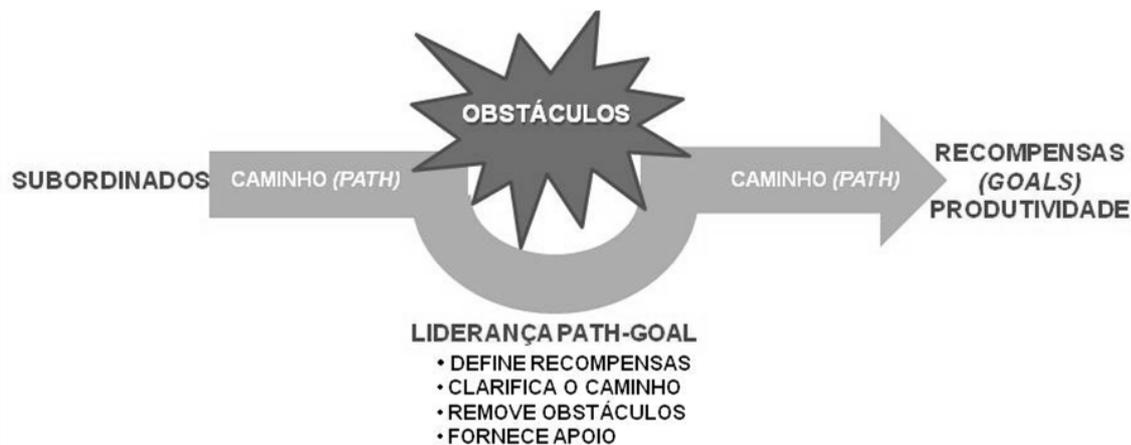


Figura 7. Ideia básica da Teoria Path-Goal

Fonte: “Leadership: Theory and Practice” por P. Northouse, 2013, p.138.

É a primeira teoria que explica como os fatores ambientais e as características dos subordinados afetam o impacto da liderança na performance dos subordinados, interligando a motivação e a liderança. De uma forma simples, esta teoria “*reminds leaders that the overarching purpose of leadership is to guide and coach subordinates as they move along the path to achieve a goal*”²³ (Northouse, 2013, p.145). Do lado crítico está a complexidade da teoria e a inabilidade para explicar adequadamente a relação entre o comportamento do líder e a motivação. Ao focalizar-se na motivação, não esclarece como a cooperação, os recursos e a organização podem afetar o desempenho (Cunha et al., 2007, Northouse, 2013).

Teoria Normativa da Tomada de Decisão

Também reconhecida como modelo normativo de Vroom e Yetton, foi desenvolvida por Vroom e Yetton em 1973 e posteriormente aperfeiçoada por Vroom e Jago em 1995 (Barracho, 2012; Cunha et al., 2007).

A ideia básica é simples. Consoante as circunstâncias, o líder tem ao seu dispor 5 processos de envolvimento dos colaboradores nas tomadas de decisão, tornando-as mais eficazes. Cada um desses processos, explanados no quadro 9, é representado por uma sigla, que varia consoante são processos de *decisão autocrática* (AI, AII), *decisão consultiva* (CI, CII) ou *decisão conjunta entre o líder e o grupo* (GII).

Para determinar qual dos 5 procedimentos é o mais apropriado para uma determinada situação deverá seguir-se um conjunto de 7 regras sequenciais, a partir das quais se estrutura uma árvore de decisões (podem não ser utilizadas todas). A teoria proposta pelos autores incorpora dois modelos normativos (*time-driven* ou *development driven*) sobre os quais se faz a primeira escolha, tendo em atenção se a situação é guiada pela importância do tempo ou do

²³ Relembra aos líderes que o objetivo primordial da liderança é orientar e treinar os subordinados, à medida que eles se movem ao longo do caminho para alcançar um objetivo.

desenvolvimento dos subordinados. Cada um dos modelos incorpora ainda critérios decisórios a ponderar. O cruzamento de 12 atributos do problema com 12 regras de decisão e critérios decisórios, suscita uma série de combinações possíveis, que os autores da teoria procuraram gerir através de sistema computadorizado. Pela sua complexidade e dimensão da metodologia explicativa aconselhamos a consulta de Barracho (2012, p. 109-114), Cunha et al. (2007, p. 355-358) e Lussier & Achua (2010, p. 166-171).

Quadro 9. Procedimentos de Tomada de Decisão

ESTILO DE DECISÃO	PROCESSO DE DEFINIÇÃO
AI	O líder toma a decisão sozinho, utilizando a informa disponível na ocasião. Decisão autocrática.
AII	O líder procura informação junto dos subordinados (busca fatos, não conselhos), e decide individualmente.
CI	O líder consulta os subordinados individualmente, obtendo as sugestões e recomendações. A tomada de decisão final é dele, podendo ou não refletir a posição dos subordinados.
CII	O líder consulta os subordinados em grupo, obtendo as sugestões e recomendações e resolvendo as diferenças de opinião, escolhendo no final uma ou mais opções. A tomada de decisão final é dele, podendo ou não refletir a posição dos subordinados.
GII	O líder discute com o grupo e em conjunto formulam-se e avaliam-se soluções procurando o consenso. Evita influenciar o grupo e aceita implementar qualquer solução que tenha o apoio de todo o grupo.

Fonte: “Liderança em Contexto Organizacional” por C. Barracho, 2012, p.109.

Apoiada pela pesquisa, esta teoria normativa demonstrou que os líderes que privilegiam elevados níveis de participação, maior *empowerment* e a tomada de decisões com base neste modelo, são duplamente mais eficazes do que os que recorrem a outro tipo de liderança (Lussier & Achua, 2010). Outras teorias contingenciais sugerem ser mais fácil mudar a situação do que alterar o estilo do líder. Mas Vroom e Yetton advogam antes uma variabilidade do comportamento do estilo do líder face aos problemas existentes, assentando a originalidade da teoria na participação da tomada de decisão, na partilha do poder do líder e na capacidade de influência dos subordinados (Barracho, 2012).

A complexidade da teoria e a própria subjetividade da avaliação do tomador da decisão são as críticas mais apontadas. A decisão também poderá ser influenciada pela indefinição do problema, as preferências pessoais, crenças e valores do líder (Cunha et al., 2007).

Teoria dos Substitutos de Liderança

Nas teorias anteriores o líder formal fornece a direção, a estrutura, a recompensa e o apoio que os subordinados precisam, podendo induzir dependência e anular a autonomia destes. Contudo, há fatores alheios ao controle do líder e que podem ter maior impacto nos resultados que a sua própria ação, evocando nos subordinados as mesmas respostas que são induzidas pela ação da liderança interpessoal. Esses fatores contingenciais podem dar orientação e incentivos para a realização de uma determinada tarefa, tornando desnecessário o

papel do líder, reduzindo os impactos do comportamento de liderança sobre as atitudes e desempenho dos subordinados (Cunha et al., 2007).

Na década de 70, os autores Kerr & Jermier, trabalharam com dois tipos de comportamentos de liderança, *instrumental* (tarefas) e de *relacionamento* (pessoas), argumentando que esses *substitutos de liderança* incluem características do *subordinado* (conhecimentos, experiência e profissionalização), da *tarefa* (clareza e rotina, satisfação intrínseca) e da *organização* (formalidade, elevada especificidade, distancia entre líder e subordinados) que *substituem* ou *neutralizam* o comportamento do líder (Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010; Northouse, 2013).

A literatura faz distinção entre dois tipos de fatores principais:

- Os *substitutos* que tornam o comportamento do líder desnecessário e redundante, assegurando que os subordinados compreendem claramente o objetivo e que se mantem com bons níveis de satisfação e motivação;
- Os *neutralizadores* que impedem ou anulam os efeitos das ações do líder (Cunha et al., 2007; Northouse, 2013).

Para melhor compreensão, deixamos dois exemplos como a teoria pode funcionar: Quando os subordinados já possuem um elevado nível de conhecimento, experiência e competências acrescidas, a liderança instrumental do líder é desnecessária, pois os liderados sabem realizar as tarefas; outro exemplo surge quando a tarefa é atrativa, motivando os liderados a realizarem-na sem necessidade de comportamento de liderança de relacionamento (encorajamento) (Cunha et al., 2007). Os líderes analisam cada situação e tentam perceber como as três características (subordinado, tarefa e organização) substituem ou neutralizam o seu comportamento de liderança. O papel do líder é o de prover direção e suporte que não tenha sido já dada pelos subordinados, tarefa ou organização (Lussier & Achua, 2010).

Como contributos, a teoria dá ênfase aos subordinados, alargando as linhas de atuação tradicionalmente focadas no líder, para linhas focalizadas na situação, demonstrando que a eficácia e o desempenho têm mais fatores envolvidos (Barracho, 2012; Cunha et al., 2007).

Também tem limitações nomeadamente não estar totalmente desenvolvida, justificando-se a inserção de novos substitutos. Carecem de mais detalhe os fatores contextuais que têm impacto nas relações estabelecidas e a metodologia proposta para mensurar as mudanças (Cunha et al., 2007; Northouse, 2013).

1.2.4 – Abordagem Integrativa

Nos anos 80 surge no estudo da liderança, a conjugação de novas e diferentes variáveis para além dos aspetos pessoais, comportamentais e situacionais, contemplando, com maior atenção, os aspetos afetivos e carismáticos da liderança (Northouse, 2013): “*The field was entering a period of new leadership theories*”²⁴ (Rickards, 2012).

Este reavivado interesse coincidiu com algumas mudanças significativas no panorama social, económico e geopolítico, que influenciaram as organizações a adotar estratégias de adaptação aos desafios da globalização, no sentido sobreviverem e prosperarem. Havia que transformar a cultura organizacional, desenvolver o *empowerment* dos seus membros, recorrer às novas tecnologias, eliminar o acessório e inovar (Lussier & Achua, 2010).

Liderança Carismática

Proveniente do grego, carisma significa *dom de inspiração divina*. Tal como a liderança, também o carisma foi investigado sob as diversas perspetivas organizacionais, políticas e dos movimentos sociais (Lussier & Achua, 2010).

Definido pelos efeitos do líder sobre os seguidores, é considerado como um paradigma complexo. Weber, designou-o como “*a form of influence based not on traditional or legal-rational authority systems but rather on follower perceptions that a leader is endowed with the gift of divine inspiration or supernatural qualities*”²⁵ (Lussier & Achua, 2010, p. 335). O carisma é comparado a uma faísca (atributos e comportamentos carismáticos do líder) que ignita o material inflamável (seguidores suscetíveis ao carisma) num ambiente rico em oxigénio (ambiente caracterizado pela perceção de crise e desencantamento com a situação) (Cardoso & Amorim, 2010; Lussier & Achua, 2010) (cf. figura 8).

A partir da conceptualização de Weber, os teóricos obtiveram avanços significativos na descoberta de padrões de comportamento únicos, fundamentos psicológicos e traços de personalidade dos líderes correlacionados com efeitos produzidos nos seguidores. Esses efeitos dependem da aptidão do líder carismático para granjear uma forte atração pessoal sobre os seguidores, estruturar uma visão atraente e sugestiva e potenciar as conceções pessoais dos seguidores (Goethals, Sorenson, & Burns, 2004).

As principais qualidades dos líderes carismáticos foram descritas como atributos e comportamentos pessoais que lhes permitem atingir elevadas taxas de eficácia: visão (orientado para o futuro), excelente capacidade de comunicação (capacidade retórica),

²⁴ O campo estava a entrar num período de novas teorias da liderança.

²⁵ Uma forma de influência baseada, não na tradição nem na autoridade formal, mas nas percepções dos seguidores de que o líder está dotado de inspiração divina e qualidades excecionais.

autoconfiança e convicção moral (otimismo), capacidade de inspirar confiança (compromisso com os outros), apetência para correr riscos e coragem, entusiasmo (enérgicos e assumidamente modelos para os outros), base de poder relacional (relação e interação), conflito interno mínimo (persistência no objetivo), aptidão para capacitar os outros (*empowerment*) e uma personalidade autopromotora (culto da imagem) (Cunha et al., 2007; Goethals, Sorenson, & Burns, 2004; Lussier & Achua, 2010).

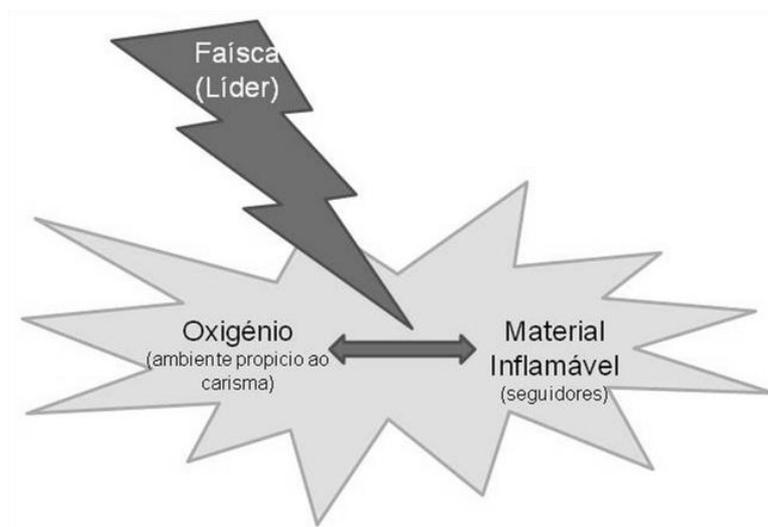


Figura 8. Carisma

Fonte: “Manual de Comportamento Organizacional e Gestão” por M. Cunha, A. Rego, R. Cunha & C. Cardoso, 2007, p.366.

Os efeitos identificados nos seguidores do líder carismático colocam o carisma como um fenómeno potenciador da motivação, eficácia, satisfação e performance organizacional, abonatório para o sucesso da liderança e objetivos da organização (Lussier & Achua, 2010).

Apesar de apontarem o carisma como uma qualidade intrínseca ao indivíduo, aproximando-a da teoria dos traços, o carisma pode ser acrescido e potenciado através do desenvolvimento de técnicas de comunicação, aperfeiçoamento da personalidade carismática, incremento da autoconfiança e aprendizagem de técnicas de inspiração e *empowerment* dos subordinados (Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010).

O carisma também tem aspetos negativos. Na opinião de Lussier & Achua (2010, p. 345) “*not all charismatic leaders are necessarily good leaders*”²⁶, surgindo essa diferença pouco nítida no campo dos valores e personalidade do líder. A história dá-nos alguns maus exemplos de líderes carismáticos, autênticos tiranos, que causaram danos avultados a vários níveis. Uma postura narcisista do líder poderá subjugar os seguidores tornando-os fracos e

²⁶ Nem todos os líderes carismáticos são necessariamente bons líderes.

dependentes, servindo-se deles como ferramentas para ganhos pessoais (Cunha et al., 2007; Goethals, Sorenson, & Burns, 2004; Lussier & Achua, 2010).

Liderança Transformacional vs Transacional

Surgida na década de 80, primariamente por Burns e posteriormente por Bass, despontou como parte do paradigma teórico da *Nova Liderança*, com uma redobrada atenção nos elementos carismáticos e afetivos da liderança iniciados com Weber (Northouse, 2013).

Burns distinguiu dois tipos de liderança: transformacional e transacional. A transacional refere-se, no seu âmago, às principais e mais populares teorias e modelos sobre liderança que incidem sobre as *trocas* que ocorrem entre o líder e os liderados no decurso do exercício da liderança. Um professor dar notas aos alunos ou um gestor conceder promoções aos funcionários que superam as metas, são exemplos de liderança transacional, facilmente observáveis em diferentes tipos de organizações (Cardoso & Amorim, 2010; Lussier & Achua, 2010; McInnes, 2009; Northouse, 2013; Rubenstein, 2005; Sherring, 2012).

Em contraste, a liderança transformacional, pauta-se pela interação com os outros e a criação de conexões que aumentam o nível de motivação dos liderados e do próprio líder, impelindo-os a atingirem o máximo potencial, muito para além do exigido ou esperado. “*Leadership goes beyond the work done (transactional) and maintaining quality relationships with followers (transformational)*”²⁷ (McInnes, 2009, p. 6). É exemplo Ghandi que ergueu as esperanças e demandas do seu povo, modificando-se a ele próprio no processo (Barracho, 2012).

A liderança transformacional assenta na permissão que as organizações precisam de colaboradores empenhados, comprometidos, dispostos a ir mais além com comportamentos inovadores e espontâneos. Essa postura surge pela confiança na estrutura, nos decisores, satisfação e sentimento de justiça. Fazendo jus ao nome, a liderança transformacional é um processo que transforma e modifica as pessoas. Está relacionado com emoções, valores, ética, normas, objetivos a longo prazo, motivação dos colaboradores e satisfação de necessidades. Envolve formas de influência excepcionais, capazes de impelir os seguidores a realizarem muito mais do que aquilo que è esperado, promovendo a justiça, liberdade, humanidade e paz e não emoções como o medo, ódio e cobiça (Cunha et al., 2007; McInnes, 2009; Northouse, 2013; Rath & Conchie, 2008).

O exercício de influência nos subordinados procura dar-lhes poder, para que eles próprios se transformem em líderes e agentes de mudança na transformação da organização.

²⁷ Liderança vai para além do trabalho feito (transacional) e de manter relacionamentos de qualidade com os seguidores (transformacional)

O líder transformacional procura minimizar os erros, antecipar de forma proativa o seu diagnóstico, e quando ocorrem, tentar transformá-los em experiências de aprendizagem evitando a punição ou a crítica aos seguidores pelos erros cometidos (Barracho, 2012).

Com base nas concepções de Burns, Bass desenvolveu a investigação sobre liderança, perspetivando estes dois tipos como distintos, embora complementares, reconhecendo que o líder pode recorrer a ambos em distintas situações preconizando, inclusive, o seu uso em simultâneo. Admitiu que ambos podem ser eficazes em condições diferentes, a transformacional em períodos de fundação organizacional e mudança e a transacional em períodos de evolução lenta e ambientes estáveis (cf. quadro 10).

Alguns investigadores referem-se aos transacionais como gestores e aos transformacionais como líderes, arguindo que a liderança tem tudo a ver com desenvolvimento e partilha de uma visão inovadora e quais os objetivos e as estratégias para realizar essa visão. A gestão pauta-se pelo planeamento, organização e implementação da visão do líder, servindo os gestores como meios para se atingir as metas do líder (Lussier & Achua, 2010). Contudo, é um ponto de consenso entre autores que os líderes mais eficazes são transacionais e transformacionais, em que a transformacional incrementa a transacional, não a substituindo (Cunha et al., 2007).

Quadro 10. Componentes da Liderança Transformacional e Transacional

TIPOS	COMPONENTES	EXPLANAÇÃO
TRANSFORMACIONAL	Influência Idealizada (carisma)	O líder adota comportamentos que suscitam respeito, confiança e identificação dos seguidores para com ele, influenciando os seus ideais e superior alcance.
	Liderança Inspiracional	O líder partilha uma visão apelativa, fomenta o esforço dos seguidores, induz otimismo e atua como um modelo de comportamento.
	Estimulação Intelectual	O líder estimula nos seguidores a tomada de consciência dos problemas, o questionar das suas assunções, o reconhecimento das próprias crenças e valores e o desenvolvimento do pensamento inovador e criativo.
	Consideração Individualizada	O líder reconhece as necessidades de desenvolvimento dos seguidores, apoia-os, encoraja-os, treina-os a desenvolverem todo o seu potencial, delega-lhes responsabilidades, dando-lhes feedback.
TRANSACIONAL	Recompensa Contingente	O líder clarifica as recompensas passíveis de obter pelo esforço e trabalho realizado
	Gestão por Exceção Ativa	O líder monitoriza o desempenho dos seguidores e adota ações corretivas caso não alcancem os padrões estabelecidos
	Gestão por Exceção Passiva	O líder aguarda que ocorram problemas, atuando então com ações corretivas
	Liderança Laissez Faire (não-liderança)	O líder abstém-se de tentar influenciar os subordinados

Fonte: “Manual de Comportamento Organizacional e Gestão” por M. Cunha, A. Rego, R. Cunha & C. Cardoso, 2007, p.373.

1.2.5 – Abordagem Contemporânea

Especialmente desenvolvida no final do séc. XX e início do séc. XXI, esta abordagem recente tem por base a relação entre o líder e o colaborador, muito para além dos comportamentos, traços, contingências e transformações no seio da organização e seus constituintes.

Teoria das Trocas Líder-Membro

A Teoria das Trocas Líder-Membro (TLM) baseia-se no princípio em que os líderes desenvolvem relações de troca diferenciadas com os seus subordinados, de tal modo que, as duas partes definem mutuamente papéis. O seu foco centra-se nesta relação diádica, um a um, ao longo do tempo, numa perspetiva multinível (Barracho, 2012; Cunha et al., 2007; Northouse, 2013; Sanders & Davey, 2011).

Até ao desenvolvimento desta teoria, a liderança era vista como algo que se aplicava a todos os subordinados. A TLM desafia essa assunção e focalizou a atenção dos investigadores, nas diferenças possivelmente existentes na relação entre o líder e cada um dos seus seguidores (Northouse, 2013). Num extremo, alguns membros têm relações de elevada qualidade com o líder, caracterizadas, pela confiança mútua, estima, lealdade e respeito. O líder atribui-lhes tarefas interessantes o que os leva a trabalharem arduamente para além do formalmente estabelecido e a serem leais – o *endogrupo*. Outros seguidores têm com o líder um relacionamento de baixa qualidade, vendo-os como sujeitos desmotivados, pouco dedicados, o que leva a menor relacionamento e a menor distribuição de tarefas, adotando apenas o formalmente estabelecido – o *exogrupo* (Barracho, 2012; Cunha et al., 2007; Northouse, 2013).

Este tipo de diferenciação entre seguidores pode originar sentimentos discriminatórios e ressentimentos, fazer emergir hostilidade e provocar ruturas na cooperação e espírito de equipa, com todas as consequências que se refletem no desempenho e eficácia da organização (Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010).

Esta teoria vai no sentido de encorajar e treinar o líder para melhorar a comunicação organizacional e adotar posturas caracterizadas pelo mútuo respeito, confiança e compromisso com todos os colaboradores, melhorando a eficácia da liderança (Cardoso & Amorim, 2010). Com este processo equitativo, cada um dos subordinados terá as mesmas oportunidades de estabelecer com o líder, relações diádicas com trocas de elevada qualidade, através de um processo de construção da liderança com 3 fases (cf. quadro 11).

Quadro 11. Fases do processo de construção da Liderança TLM

	FASE I	FASE II	FASE III
	ESTRANHOS	CONHECIMENTO	PARCERIA
PAPÉIS	Rotineiro	Testado	Negociado
INFLUÊNCIAS	Unidirecional	Misto	Recíproca
TROCAS	Baixa Qualidade	Média Qualidade	Elevada Qualidade
INTERESSES	Pessoal	Pessoal e dos Outros	Grupo

Fonte: “Leadership: Theory and Practice” por P. Northouse, 2013, p.166.

Os estudos subsequentes sugerem que a TLM tende a fomentar a satisfação, o empenho e o desempenho dos subordinados, embora as variáveis relacionadas com os subordinados, os líderes e a própria organização, possam competir para essa elevada qualidade da troca. É referente a necessidade de mais estudos que aprofundem as razões indutoras dos diferentes tipos de qualidade de troca e das condições que as facilitam ou inibem (Cunha et al., 2007).

Liderança Autêntica

A liderança autêntica representa uma das novas áreas de investigação, focando-se no que é genuíno e real na liderança, na autenticidade dos líderes. Embora ainda em fase de desenvolvimento e suscetível a mudanças estruturais, optamos por incluir esta pesquisa.

A procura pela liderança autêntica surgiu da necessidade sentida pela sociedade, perante o medo, a insegurança e a incerteza sentida desde a tragédia do 11 de Setembro, os escândalos financeiros e a crise soberana que grassa em alguns países. Neste cenário as pessoas anseiam por líderes de boa-fé, honestos e confiáveis, desencadeando também nos investigadores a dúvida e a procura de respostas no sentido de explorar, identificar parâmetros, clarificar conceitos e conceptualizar esta autenticidade (Northouse, 2013).

Do desenvolvimento do trabalho de vários autores salientam-se, para já duas, perspetivas de abordar o mesmo fenómeno, uma mais teórica, outra mais prática. Ambas descrevem a liderança autêntica como um processo que forma os líderes ao longo do tempo, embora provendo cada uma, diferentes explicações de como funciona (Northouse, 2013).

A abordagem prática fornece prescrições. O líder deve perceber o que se passa na organização, determinar a sua real preocupação e decidir o que o que é mais correto fazer naquela situação. Ao dar resposta a estas dúvidas o líder autêntico sabe o que se passa na sua organização e toma as ações mais corretas e apropriadas (Northouse, 2013).

A abordagem teórica diz-nos que os líderes conseguem ser autênticos quando demonstram autoconsciência, perspetiva moral interiorizada, processamento equilibrado, pensamento positivo e transparência relacional, desenvolvendo estes atributos ao longo da sua carreira, podendo ser influenciados por eventos críticos que entretanto ocorram. Alguns

atributos psicológicos positivos como confiança, esperança, otimismo e resiliência, podem potencializar a capacidade do líder autêntico (Northouse, 2013).

Apesar da fase inicial, já se apontam qualidades e fragilidades à teoria. Por um lado pode responder às necessidades da sociedade por uma liderança confiável e genuína, enfatizando os valores e os comportamentos autênticos que os líderes podem desenvolver para serem mais confiáveis. A fragilidade foca-se na ausência de respostas à questão dos valores morais e o efeito dos atributos psicológicos positivos (Northouse, 2013).

1.3 - CONTRIBUTOS DO ESTUDO DA LIDERANÇA

“Leadership is about going somewhere. If you and your people don’t know where you are going, your leadership doesn’t matter”²⁸.

K. Blanchard

Ao longo deste capítulo percebemos que não há uma definição abrangente do tema, nem uma teoria que explique globalmente o fenómeno, nem tão pouco uma via única de traços, competências, situações ou relações que nos revele a obtenção dessa eficácia. Contudo toda a investigação produzida, toda a literatura publicada aponta caminhos de consenso que na opinião de Cunha et al., (2007) importam salientar:

- Não é clara a fronteira entre liderança e gestão;
- A influência do líder no funcionamento, eficácia e desempenho das organizações é real;
- Alguns traços, competências e comportamentos conferem a determinados indivíduos maior apetência e probabilidade para serem líderes eficazes, mas não são um garante;
- A liderança é um processo que envolve indubitavelmente 3 variáveis - os líderes, os colaboradores e a situação;
- Qualquer reflexão que não tenha em conta este triângulo, prima pela fragilidade das assunções que produzirá;
- A complexidade do processo de liderança, não se encerra numa única fórmula universalmente aplicável;
- O processo de liderança é compaginável com a aprendizagem de competências que potenciem todo esse exercício e tornem o líder mais eficaz;
- Não há líderes eficazes sem colaboradores eficazes;
- A comunicação e o diálogo, são fundamentais na díade entre líder e colaboradores;

²⁸ Liderar é ter um destino certo. Se você e o seu grupo não sabem para onde vão, a sua liderança não terá qualquer importância.

Com base nas diferentes abordagens e teorias aqui explanadas, podemos perceber o quanto complexo e absorvente é o tema. No quadro 12 apresentamos uma síntese dessas características, simplificando esse entendimento.

Quadro 12. Principais características das Teorias de Liderança

ABORDAGEM	CARACTERÍSTICAS	PROCESSOS DE LIDERANÇA
Traços e Competências	Atributos, qualidades e competências do líder	Ênfase num conjunto de traços e competências do líder que influencia as atitudes e comportamentos dos liderados; Perspetiva centralizada no perfil do líder (<i>o que o líder é</i>).
Comportamental	Comportamento do líder	Ênfase nos comportamentos direcionados para a tarefa vs para as pessoas; Adoção de um estilo de liderança derivado da postura comportamental; Perspetiva centralizada no comportamento do líder (<i>o que o líder faz</i>).
Contingencial Situacional	Fatores contingenciais e situacionais na ação e percepção do líder	Ênfase na influência do líder, características da situação, características e maturidade dos colaboradores; Perspetiva nos aspetos situacionais e adequação do papel do líder (<i>diferentes situações, diferentes tipos de liderança</i>)
Integrativa	Integração de diversas variáveis da liderança	Ênfase na integração das variáveis emocionais, carismáticas e empoderamento do colaborador na liderança. Perspetiva centralizada na transformação e inovação da liderança (<i>empowerment e motivação do colaborador como integrantes da liderança</i>)
Contemporânea	Relação, troca e autenticidade entre líder e liderados	Ênfase no envolvimento e relacionamento entre líder e colaboradores, nos valores éticos, morais e autenticidade dos líderes. Perspetiva centralizada na reciprocidade e relação entre atores da organização, posicionamento de genuinidade do líder (<i>troca e autenticidade</i>)

Do estudo e análise da temática podemos retirar algumas conclusões pessoais, concordantes com os autores consultados: O líder tem influência direta na eficácia e desempenho dos colaboradores e da organização, primando este processo de influência pela complexidade intrínseca ao conceito. Sem ter uma *receita* universal que se aplique a todas as organizações, a teorização permite-nos estudar e extrair o melhor de cada uma delas e conjuga-las com as variáveis igualmente identificadas pelos autores: *líder, colaboradores e situação*.

Perante todos estes caminhos, válidos e plausíveis de ser seguidos, no estudo da liderança, coloca-se a nós, simples investigadores preocupados com a problemática justaposta ao campo da enfermagem, as mesmas questões que se colocam aos grandes autores aqui referenciados e consultados: Qual o referencial teórico a seguir, como liderar, quais as capacidades a desenvolver?

Neste enquadramento teórico efetuamos um estudo mais aprofundado das abordagens comportamentais, com especial enfoque nos estudos da Universidade de Michigan, Ohio e Grelha de Liderança de Blake e Mouton. Esta opção foi primariamente metodológica, mas, acima de tudo, é-o pelo repto implícito nalguns estudos em enfermagem consultados e que queremos replicar no nosso contexto de trabalho.

Particularizando o caso da enfermagem no SNS, é possível mudar aspetos da situação, assim como do funcionamento e interação dos colaboradores em equipa. Contudo o espectro

de ação de quem quer inovar e reformular em funções públicas, é nestas variáveis - *situação* e *colaboradores*, muito limitado pelas determinantes que a atual crise social e económica imprimiu no setor público, para não falar em todas as regras, normas e decretos que firmam as relações laborais em funções públicas. A nossa opção lógica vira-se assim para o *líder*, refletindo muito do que se tem produzido no campo da liderança, em que a abordagem comportamental é das mais referidas na literatura e das mais estudadas.

Ao refletirem sobre esta abordagem, Barracho (2012) e Rocha (2010) dão-nos a noção que é possível treinar pessoas num determinado sentido, criar-lhes um estilo e apurar-lhes o comportamento de liderança, aproximando-os do líder eficaz: “Não existe uma forma ótima de liderar e que os líderes bem-sucedidos são aqueles capazes de adaptar o seu comportamento às situações e, em especial, aos seus colaboradores. Por isso torna-se importante, em primeiro lugar, fazer um diagnóstico e posteriormente adotar um estilo de liderança suficientemente flexível de modo a adaptar-se (Rocha, 2010, p. 99).

O líder deve ser capaz de escolher o melhor comportamento de liderança embora não seja uma tarefa fácil (Ferreira, Santos, & Serra, 2010). O líder deve nesse sentido desenvolver algumas características comportamentais que se adequem ao contexto, colaboradores e aos objetivos. Rocha propõe que no seio da administração pública, os novos líderes têm de exibir capacidades que extrapolem o seu posicionamento formal:

- Capacidade de comunicação;
- Capacidade de direção de grupos e equipas de trabalho;
- Capacidade para motivar os seus subordinados;
- Capacidade para resolver problemas e solucionar conflitos;
- Capacidade para falar em público e estabelecer redes de contatos;
- Capacidade de negociação (Rocha, 2010, p.102).

Termina, completando que o trabalho do líder se traduz no desenvolvimento de relações entre os pares, na motivação dos subordinados, na solução de conflitos, no estabelecimento de redes de comunicação e conseqüentemente na disseminação de informação, na tomada de decisões em situações de ambigüidade e na alocação de recursos (Rocha 2010).

Analisando ao pormenor, podemos, perdoem-nos a ousadia, fazer a ponte com aquilo que é um comportamento de liderança de elevada estruturação e consideração (*Hi-Hi*), tido pelos autores como o que produz maior eficácia, motivação e satisfação entre os colaboradores. Capacidades de direção, resolução de problemas e solução de conflitos, refletem um posicionamento de estruturação. Já a capacidade de comunicação, negociação e

de motivação dos colaboradores, refletem uma aptidão de influência, que aproxima o líder de um comportamento de consideração.

CAPÍTULO 2 – MOTIVAÇÃO

*“Toda ação humana, quer se torne positiva ou negativa,
depende da motivação”*

Dalai Lama

Tal como a liderança, também a motivação é mote de discussão essencial e enaltecido, perante os tempos de incerteza e desafio que a sociedade atravessa: *“These days, motivation is a most talked about topic, but not clearly understood and very often poorly practiced”*²⁹ (Halepota, 2005, p. 14)

Tida como um conceito central do comportamento organizacional, a gestão da motivação é uma atribuição central, um papel major de qualquer gestor com pessoas a seu cargo (Cunha et al., 2007). É também um tema ambivalente, cujo estudo é transversal a diversas ciências e áreas investigacionais, da psicologia à sociologia, da economia à política, com o cerne na gestão das organizações (Usher & Kober, 2012).

A motivação é considerada uma das mais importantes chaves explicativas da conduta humana, uma vez que representa o que determina uma pessoa agir para realizar um objetivo, mantendo essa ação até conseguir alcançá-lo (Pereira, 2009). A premissa dessa ação no seio das organizações irá determinar a eficiência, a produtividade e a qualidade do trabalho: *“Motivation is the key factor in influencing humans to work better, so an increase in motivation will result in higher productivity and more profit”*³⁰ (Halepota, 2005, p. 14)

Como se motivam as pessoas, o porquê da sua importância e quais as circunstâncias que a influenciam, são perguntas que, no seu conjunto, não são fáceis de responder, nem tão pouco têm uma resposta tácita e global.

A palavra motivação tem uma origem latina *motivus* e *movere*, que significa despertar o interesse para algo, provocar o mover de algo ou alguém. Motivar será um processo, uma ação que desencadeia uma atividade consciente, determinando a conduta, o movimento de procura de algo, o satisfazer do objetivo que impeliu esse movimento (Pereira, 2009).

Transcrever o significado etimológico do que é a motivação, dificilmente nos dará uma definição global do conceito, explicando a sua ambivalência. Trata-se de um constructo invisível, algo amorfo, difícil de analisar, de utilização generalizada, abordável segundo uma multiplicidade de perspectivas (Cunha et al., 2007; Rocha, 2010). Tanto o ato definir, como o

²⁹ Nos dias de hoje, a motivação é um dos temas mais falados, mas não é ainda claramente compreendido e muitas vezes é mal praticado.

³⁰ Motivação é o fator chave para influenciar os indivíduos a trabalharem melhor, traduzindo-se esse aumento da motivação em mais produtividade e maior lucro.

ato de mensurar, são difíceis: “*Motivation - why anyone does any of the things that they do - is difficult to accurately determine*”³¹ (Usher & Kober, 2012, p. 5). No quadro 13 apresentamos as principais definições.

Quadro 13. Definições de Motivação

AUTORES	DEFINIÇÕES
Deci (1992, citado por Cunha et al., 2007, p. 155)	“O termo motivação está relacionado com três questões fundamentais relativas à regulação do comportamento: o que energiza a ação; como ela é direcionada; em que medida ela é voluntariamente controlada.”
Sims, Fineman & Gabriel, (1993 citados por Cunha et al., 2007, p. 155)	“As forças que atuam sobre e dentro do indivíduo, que iniciam e dirigem o seu comportamento”.
Kanfer (1995, citado por Cunha et al., 2007, p. 155)	“Os mecanismos psicológicos reguladores da direção, intensidade e persistência das ações não devidas somente a diferenças individuais de capacidade ou a forças ambientais que forcem a ação”.
Pinder (1998, citado por Cunha et al., 2007, p.154)	“Conjunto de forças energéticas que têm origem quer no indivíduo, quer fora dele e que dão origem ao comportamento de trabalho determinando a sua forma, direção, intensidade e duração.”
George & Jones (1999, citados por Cunha et al., 2007, p. 155)	“As forças psicológicas internas de um indivíduo que determinam a direção do seu comportamento, o seu nível de esforço e a sua persistência face aos obstáculos.”
Sanrock (2002, citado por Pereira, 2009, p. 153)	“ <i>Motivación es un conjunto de razones por las que las personas se comportan de las formas en que lo hacen. El comportamiento motivado es vigoroso, dirigido y sostenido.</i> ” ³²
Chiavenato (2004, citado por Pedro & Olivieri, 2008, p. 69)	“A motivação funciona como resultado da interação entre o indivíduo e a situação que o envolve”
Halepota (2005, p. 14)	“ <i>A person's active participation in and commitment to achieving the prescribed results</i> ” ³³
Maslow e Herzberg (citados por Adair 2006, p.43)	“ <i>An individual's response to an unfolding pattern of inner needs, ranging from food and safety to achievement and self-fulfillment. A satisfied need ceases to motivate</i> ” ³⁴
Pedro & Olivieri (2008, p. 69)	“É o processo responsável pela intensidade, direção e persistência dos esforços de uma pessoa para o alcance de determinada meta”.
Lussier & Achua (2010, p. 79)	“ <i>Motivation is anything that affects behavior in pursuing a certain outcome.</i> ” ³⁵
Rocha (2010, p. 104)	“Diz-se que um indivíduo está motivado quando o seu comportamento é dirigido a um objetivo”

Desmontando os fatores comuns identificáveis nestas definições poderemos, na opinião de Cunha et al. (2007) extrair quatro elementos transversais ao conceito:

- Elemento de *Estimulação*: as forças energéticas responsáveis pelo despoletar do comportamento;
- Elemento de *Ação e Esforço*: o comportamento observado;
- Elemento de *Movimento e Persistência*: Prolongamento no tempo do comportamento motivado - *o movere*;
- Elemento de *Recompensa*: O reforço das ações anteriores.

Para além destes elementos comuns, a motivação pode ainda dividir-se em *Intrínseca* e *Extrínseca*. A intrínseca refere-se aos comportamentos de trabalho que são estimulados pelo entusiasmo e paixão que o mesmo suscita em quem o realiza. É interior à própria pessoa e

³¹ Motivação – o porquê de alguém fazer as coisas que faz – é difícil de determinar com precisão.

³² Motivação é um conjunto de razões pelas quais as pessoas se comportam da maneira que o fazem. O comportamento motivado é vigoroso, dirigido e sustentado”.

³³ O compromisso e a participação ativa de uma pessoa, para atingir os resultados previstos”.

³⁴ É uma resposta individual a um padrão de desdobramento das necessidades internas, que vão desde as necessidades alimentares e segurança à realização pessoal. Uma vez satisfeita, a necessidade deixa de motivar”.

³⁵ Motivação é qualquer coisa que afeta o comportamento na busca de um determinado resultado”.

tende a manter-se no tempo. É exemplo um empresário abastado que continua a trabalhar arduamente, não pelo reforço monetário mas pela satisfação e prazer que o trabalho lhe dá.

Comportamentos de motivação extrínseca são aqueles realizados com a finalidade de obter alguma recompensa material ou social ou com o intuito de evitar a punição. São comportamentos realizados para o exterior da pessoa e tendem a desaparecer logo que seja retirado o fator motivador externo. É exemplo o estudante que tenta ganhar algum dinheiro extra num trabalho temporário (Cunha et al., 2007; Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 2008; Halepota, 2005; Lussier & Achua, 2010; Pedro & Olivieri, 2008).

É da conjugação destes elementos e comportamentos que encontramos as respostas às perguntas colocadas sobre a motivação: “*So why do we often do the things we do? Because we tend to seek to satisfy our self-interest. The pursuit of happiness and satisfaction is fundamental to motivation*”³⁶ (Lussier & Achua, 2010, p. 79). Com base nesta conceção, o ato de motivar passa por dar respostas a questões simples que envolvem a satisfação. É através do processo de motivação, que os indivíduos vão da necessidade percebida, o motivo, originando um determinado comportamento com a conseqüente satisfação ou insatisfação (Lussier & Achua, 2010). A figura 11 representa o processo de motivação.

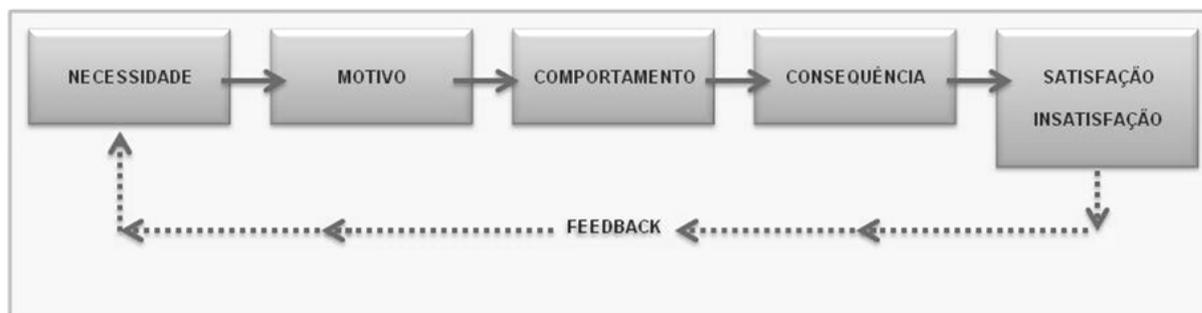


Figura 9. Processo de Motivação

Fonte: “Leadership: Theory, Application & Skill Development” por R. Lussier & C. Achua, 2010, p.79).

Apesar da simplicidade do esquema, a motivação é um complexo gerir de necessidades e comportamentos na procura da satisfação das mesmas. Ao compreendermos as necessidades envolvidas, perceberemos melhor a motivação e os comportamentos associados. O que num determinado momento pode ser intrinsecamente motivador, como por exemplo uma tarefa laboral desafiante, pode deixar de motivar a partir do momento que a tarefa se torna rotineira ou familiar para o trabalhador. É igualmente importante a conjugação de ambas as motivações. Mesmo com uma tarefa altamente motivante, pode assistir-se a uma diminuição

³⁶ Então, por que muitas vezes fazemos as coisas que fazemos? Porque temos tendência a procurar a nossa satisfação e autointeresse. A procura da felicidade e satisfação é fundamental para a motivação.

da motivação, se a mesma for deficientemente recompensada. No outro oposto poderá suceder que uma elevada motivação extrínseca possa compensar uma motivação intrínseca deficitária (Bhattacharya & Neogi, 2006; Cunha et., al, 2007; Lussier & Achua, 2010).

Importa salientar que a motivação no trabalho não é um atributo pessoal rígido ou imutável, antes um estado dinâmico, sujeito às influências de fatores pessoais, organizacionais e situacionais. Também não é diretamente observável, sendo-a somente pelo fluxo comportamental e pelo produto desse comportamento, logo sujeita à influência desses fatores influenciadores para atingir determinados resultados. A motivação irá produzir comportamentos objetivos e subjetivos do indivíduo, centrando este em si a escolha, forma e intensidade da execução (Dias, 2001; Lussier & Achua, 2010; Rocha, 2010).

Apesar das suas raízes no latim, o desenvolvimento do conceito em termos académicos e investigacionais teve início no séc. XX. Entre os anos 20 e 60, o estudo esteve associado à investigação experimental sobre aspetos da conduta motora, instintos e impulsos, procurando determinar-se o que leva o organismo a procurar o seu equilíbrio, com base em fatores externos determinantes da motivação como os reforços (Pereira, 2009).

Na década de 60 surgiram as teorias gerais da motivação, centradas na experiência consciente, necessidades do homem, no efeito sobre o rendimento e a sua importância para a realização pessoal. A partir dos anos 70 a tendência seria marcada pela evolução das teorias organizacionais centradas na ação, no autoconceito, no ambiente externo e no trabalho. Nos últimos anos os diferentes estudos têm-se debruçado sobre o papel de alguns aspetos elementares do conceito, tais como as emoções, a perceção de competência, a perceção do controle, crenças sobre a autoeficácia, entre outros (Pereira, 2009).

2.1 – TEORIAS DA MOTIVAÇÃO

“Acredito que não há papel mais crítico da gestão que o motivar e envolver um grande n.º de pessoas de modo a que elas trabalhem juntas para o mesmo objetivo”
G. Convis

Tal como na liderança, constatámos a existência de várias definições de motivação que fluem de outras tantas teorias explicativas: *“There is no single, universally accepted theory of how to motivate people, or how to classify the theories”*³⁷ (Lussier & Achua, 2010, p. 80).

Embora artificial, é possível organizar uma classificação que cruze dois critérios. O primeiro critério distingue-as entre *teorias de conteúdo* e *teorias de processo*. As teorias de processo analisam a motivação de uma forma mais dinâmica, procurando saber como se

³⁷ Não há uma única, teoria universalmente aceite de como motivar as pessoas, ou maneira de como classificar as teorias.

desenvolve o comportamento motivado, que intervenções podem induzir a motivação. Já as teorias de conteúdo procuram explicar a motivação através da percepção e análise dos fatores motivadores, as fontes da motivação (Barbuto, 2006; Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010, Rocha, 2010).

O outro critério discrimina-as em *teorias gerais* e *teorias organizacionais*. As gerais referem-se às aspirações genéricas dos indivíduos, não se centrando exclusivamente no trabalho e comportamento organizacional. As teorias organizacionais incidem diretamente no comportamento organizacional, recaindo nos conteúdos do trabalho. O quadro 14 apresenta-nos essa taxonomia.

Quadro 14. Classificação das principais Teorias da Motivação

TEORIAS	GERAIS	ORGANIZACIONAIS
TEORIAS DE CONTEÚDO	Hierarquia das Necessidades (Maslow)	Teoria Bifactorial (Herzberg)
	Teoria ERG (Alderfer)	Teoria das Características de Função (Hackman & Oldham)
	Teoria dos Motivos (McClelland)	
TEORIAS DE PROCESSO	Teoria da Equidade (Adams)	Teoria Definição de Objetivos (Locke & Latham)
	Teoria MODCO (Luthans & Kreitner)	Teoria das Expectativas (Vroom)
		Teoria da Avaliação Cognitiva (Deci)

Fonte: “Manual de Comportamento Organizacional e Gestão” por M. Cunha, A. Rego, R. Cunha & C. Cardoso, 2007, p.156.

2.1.1 – Teorias de Conteúdo (Gerais)

Hierarquia das Necessidades de Maslow

A teoria de Maslow apresentada em 1943, é o trabalho mais popular da área da motivação, o mais reconhecido numa multiplicidade de setores e áreas do conhecimento. É consentâneo entre autores que Maslow está na base da maioria dos estudos sobre a motivação:

*“Classical theories of motivation are often said to relate back to the work of Maslow who suggested that it was helpful to think of motivation being related to set of human needs which exist in a hierarchy that ascends through”*³⁸ (Brundrett, 2010, p. 107)

A Hierarquia das Necessidades de Maslow, é constituída por uma pirâmide ordenada em 5 categorias de necessidades: fisiológicas, de segurança, sociais (pertença), de estima e de autorrealização, dispostas de uma forma holística (Ferreira, Santos, & Serra, 2010; Lussier & Achua, 2010; Pereira, 2009; Rocha, 2010; Wininger & Norman, 2010). A figura 10 e o quadro 15 apresentam-nos as características desta pirâmide.

³⁸ As teorias clássicas de motivação são muitas vezes dadas como relacionadas com o trabalho de Maslow (1943), que sugeriu que era útil pensar na motivação como relacionada com um conjunto de necessidades humanas que existem em uma hierarquia ascendente.



Figura 10. Pirâmide da Hierarquia das Necessidades de Maslow

Fonte: “Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública” por J. Rocha, 2010, p. 105).

Quadro 15. Características das categorias da Hierarquia das Necessidades

NECESSIDADES	CARACTERÍSTICAS
Autorealização	Referem-se às necessidades menos visíveis e mais intrínsecas do indivíduo, logo mais complexas. Necessidades de desenvolver competências, independência, a possibilidade do indivíduo ser aquilo que pode ser. São diferenciadas de pessoa para pessoa. <i>A nível laboral é importante estimular os colaboradores com objetivos ambiciosos, formação e desenvolvimento de potenciais específicos.</i>
Estima	Referem-se às necessidades de respeito dos outros, status, glória e fama, reputação, apreço e dignidade. <i>A nível laboral é importante o reconhecimento público do trabalho, do desempenho e o progresso do indivíduo.</i>
Sociais (Pertença)	Referem-se à necessidade de ter relações interpessoais e sentimentos recíprocos. O autor fala em dar e receber amor. Aceitação, amor, amizade e bom relacionamento laboral. <i>A nível laboral será importante a promoção da integração e interação social entre colaboradores.</i>
Segurança	Referem-se às necessidades de estrutura e ordem para evitar medos e ansiedades, como segurança na vida, saúde, família, no emprego e propriedade, incluindo ambiente seguro, protetor e estável. <i>Se a nível laboral o indivíduo sentir insegurança (risco de desemprego), tentará resolver essa necessidade primeiro e só depois preocupar-se com o seu desempenho.</i>
Fisiológicas	Referem-se à necessidade de ar (respirar), alimento (fome), água (sede), sono (repouso), ausência de dor e sexo (diferenciada das necessidades de amor e estima pelo autor). Reportam-se ao nível mais elementar da existência humana e são mais importantes que qualquer outra. <i>O indivíduo resolverá primeiro a fome e a sede e só depois um problema laboral.</i>

Fonte: Adaptado de Adair, 2006; Cunha et al., 2007; Ferreira, Santos, & Serra, 2010.

Esta hierarquia das necessidades assenta em 3 pressupostos fundamentais:

- Apenas as necessidades não satisfeitas são motivadoras;
- Dispostas numa pirâmide, as necessidades são ordenadas por importância (hierarquia) indo das basilares (categorias básicas) para as mais complexas (categorias mais elevadas);

- O indivíduo não é compelido a satisfazer uma necessidade superior, sem antes ter satisfeito as necessidades mais básicas (Lussier & Achua, 2010; Winger & Norman, 2010).

Na opinião de Maslow, as necessidades são fortes motivadores para o desenrolar do comportamento humano e por consequência do desempenho: *“Man is a wanting animal and rarely reaches a state of complete satisfaction except for a short time. As one desire is satisfied, another pops up to take its place”*³⁹ (Maslow, 1943 citado por Adair, 2006, p. 49). Halepota (2005, p. 15) conclui que *“a person's needs are the main motivator that drives a human”*⁴⁰.

Estando satisfeitas as necessidades de um nível, tornam-se modeladoras do comportamento as necessidades do nível imediatamente acima, deixando as anteriores, já satisfeitas, de ser motivadoras. Em termos práticos, os líderes devem preocupar-se em identificar quais as necessidades dos colaboradores, pois não estando as fisiológicas e as de segurança satisfeitas, dificilmente o colaborador irá ser estimulado para as necessidades mais complexas, influenciando todo o processo motivacional e a performance subsequente (Brundrett, 2010; Cunha et al., 2007; Ferreira, Santos, & Serra, 2010; Lussier & Achua, 2010).

A teoria de Maslow ajuda-nos a compreender melhor o comportamento humano e a escolher as melhores estratégias para motivar os outros. Esta descrição das necessidades como fator motivacional é útil para essa compreensão e permite-nos perceber a importante assunção que *“different things motivate diferente individuals”*⁴¹ (Halepota, 2005, p. 15) implicando *“different strategies for different individuals”*⁴² (Brundrett, 2010, p. 107).

Uma boa recompensa para alguns pode ser menos valorizada por outros. Por exemplo as recompensas financeiras nem sempre são a melhor forma de motivação. A alguns indivíduos bastas-lhe o reconhecimento, outros precisam de incentivo para serem tudo o que desejam ser, e outros ainda, a melhor recompensa, poderá ser um lugar estável na empresa, satisfazendo a necessidade de segurança. Há que conhecer cada colaborador, perceber o seu patamar de necessidades, para melhor o motivar para a organização em si (Ferreira, Santos, & Serra, 2010): *“You should get to know and understand people's needs and meet them as a means of*

³⁹ O homem é um animal de querer que raramente atinge um estado de completa satisfação, exceto por breves momentos. Assim que uma necessidade é satisfeita, logo outra surge no seu lugar.

⁴⁰ As necessidades individuais são o principal motivador do ser humano.

⁴¹ Coisas diferentes, motivam pessoas diferentes.

⁴² Diferentes estratégias para indivíduos diferentes.

increasing performance. It is important to build self-esteem”⁴³ (Lussier & Achua, 2010, p. 82).

Em termos de aplicação, esta teoria é muito popular, sendo comum o seu ensino tanto em psicologia como em gestão, uma vez que é elaborada com base no método clínico, oferecendo vasto conhecimento sobre os determinantes do comportamento individual. Contudo não é isenta de críticas. Não tem em consideração o princípio de que as pessoas podem estar em diferentes níveis de necessidades, tendo em conta diferentes aspetos das suas vidas. Similarmente, e dependente da orgânica social em questão, a satisfação de algumas necessidades pode ser o instrumental para outras. Por exemplo, nas sociedades em que o trabalho é comunitário, as necessidades sociais (apoio e interajuda) podem ser o instrumental para prover as fisiológicas e as de segurança (Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010; Wininger & Norman, 2010).

Teoria ERG de Alderfer

Surgida em 1972, a teoria de Alderfer não se baseia em elementos novos, sendo descrita como uma variação sobre a Hierarquia das Necessidades de Maslow por via da reformulação e agregação das categorias de necessidades. O acrónimo ERG significa *Existence, Relatedness and Growth*, ou seja *Existência, Relacionamento e Crescimento*:

- Necessidades de *Existência*: que correspondem às necessidades Fisiológicas e de Segurança;
- Necessidades de *Relacionamento*: que correspondem às necessidades sociais e de estima;
- Necessidades de *Crescimento*: que correspondem às necessidades de autorrealização (Cunha et al., 2007; Pereira 2009; Rocha 2010).

Apesar que ter semelhanças óbvias com a Hierarquia das Necessidades de Maslow, diferencia-se desta por não haver hierarquização das necessidades, dependendo esta de cada indivíduo, da sua experiência e cultura (Rocha, 2010). A contribuição principal de Alderfer foi a flexibilização das relações entre os níveis da hierarquia, uma vez que é possível, no seu entender, uma pessoa sentir-se motivada por necessidades de vários níveis em simultâneo. Considera que existe um movimento ascendente na pirâmide que denominou de satisfação progressiva e outro que pode levar a níveis inferiores que chamou de frustração regressiva (Cunha et al., 2007; Pereira, 2009).

⁴³ Você deve identificar e compreender as necessidades das pessoas e reconhecê-los como um meio de aumentar o desempenho. É importante para a construção da autoestima.

Tal como Maslow, também Alderfer foi criticado pela dificuldade na confirmação empírica da sua teoria. Contudo a flexibilidade das relações entre níveis da hierarquia leva a que seja menos orientada para o objetivo final (autorrealização).

Teoria dos Motivos de McClelland

Tido como um dos maiores críticos da conceptualização de Maslow, McClelland desenvolveu esta teoria a partir de uma pesquisa pioneira em psicanálise, que envolveu liderança, performance organizacional e motivação, partindo da questão: “*But what has achievement motivation got to do with good management?*”⁴⁴ (McClelland & Burnham, 1977, p. 27). Agrupou as necessidades ou motivos do comportamento humano em 3 tipos (cf. quadro 16):

- Motivos (necessidades) de *Afiliação*: representa uma orientação para as relações interpessoais.
- Motivos (necessidades) de *Sucesso*: representa uma orientação pra a excelência, para a procura de feedback tenho em vista o incremento do desempenho.
- Motivos (necessidades) de *Poder*: representa uma orientação para o prestígio e para a produção de impacto no comportamento ou emoções das pessoas. (Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010; Pereira 2009; Rocha, 2010)

Quadro 16. Caracterização sumária dos motivos de sucesso, afiliação e poder

MOTIVOS	INDIVÍDUO
Sucesso	Procura alcançar o sucesso perante uma norma de excelência pessoal
	Aspira alcançar metas elevadas mas realistas
	Responde positivamente á competição mas assume riscos moderados
	Toma a iniciativa e prefere tarefas com resultados da sua responsabilidade
Afiliação	Procura relações interpessoais fortes
	Esforça-se para conquistar amizades e restaurar relações
	Atribui mais importância às pessoas que às tarefas
	Procura a aprovação dos outros nas suas opiniões e actividades
Poder	Procura controlar e influenciar os outros e dominar os meios de exercício dessa influência
	Tenta assumir posições de liderança espontaneamente
	Gosta de provocar impacto e assume riscos elevados
	Preocupa-se com o prestígio

Fonte: “Manual de Comportamento Organizacional e Gestão” por M. Cunha, A. Rego, R. Cunha & C. Cardoso, 2007, p.159

Estes motivos são importantes porque influenciam os indivíduos a adotarem comportamentos que afetam de maneira crítica o seu desempenho organizacional (Pereira, 2009). A mesma autora, que cita Garcia (2008) explica que os diferentes motivos são fortes

⁴⁴ Mas o que tem a ver a realização da motivação com uma boa gestão?

ou débeis dependendo das anteriores associações vivenciadas pelo indivíduo, entre o desempenho experienciado e as recompensas obtidas pela solução das situações. A tendência é a da adoção de comportamentos que surtiram efeitos no passado, perante problemas ou tarefas similares existentes no momento (Pereira, 2009).

Os indivíduos com necessidades de afiliação ambicionam por interação social, reconhecimento e detestam tensões. Já os que têm necessidades de sucesso são motivados pela excelência e alto desempenho, tornando as organizações mais burocráticas pouco favoráveis. As necessidades de poder incentivam o exercício da influência sobre os outros, para vencê-los, ou para contribuir para o benefício da organização (Rocha, 2010).

As pesquisas sugerem que as mulheres são tradicionalmente mais afiliativas que os homens, pois tendem a estar mais focalizadas nas relações interpessoais. Os homens são mais orientados para o sucesso e poder, estando mais focalizados na afirmação pessoal. Essa necessidade afiliativa terá um peso maior para a eficácia da liderança em culturas como a portuguesa (pequenas e médias empresas de carácter familiar), sendo de menor importância por exemplo na sociedade americana (Cunha et al., 2007).

Consoantes as necessidades evidenciadas pelos profissionais, Lussier & Achua (2010) sugerem algumas orientações para prover a sua motivação. Para os que têm necessidades de afiliação, propõem a integração em equipas de trabalho, com delegação de responsabilidade na orientação e treino de novos empregados, sendo importante o reconhecimento e o louvor do trabalho desempenhado. Para os que têm mais motivos de poder, é importante dar-lhes espaço para o planeamento e controle do seu trabalho, dar-lhes tarefas completas, idealmente como externos a equipas, pois tem melhor performance quando trabalham sozinhos. Para os que tem mais necessidades de sucesso, é importante dar-lhes tarefas inovadoras e desafiantes, com objetivos claros, fornecendo feedback frequente do seu desempenho, aumentando-lhes a responsabilidade.

2.1.2 – Teorias de Conteúdo (Organizacionais)

Teoria Bifactorial de Herzberg

Na sequência do trabalho de Maslow, Herzberg procurou saber a opinião dos trabalhadores sobre as condições de trabalho nas organizações: “*Herzberg (1975) developed*

*Maslow's theories through experimentation and came to the conclusion that the things that make people dissatisfied are related to the job environment*⁴⁵ (Brundrett, 2010, p. 107).

Tido como uma referência em gestão, no livro *The Motivation of Work* Herzberg demonstra que a motivação dos trabalhadores não depende exclusivamente das recompensas financeiras, mas também do desenvolvimento pessoal e reconhecimento do desempenho (Ferreira, Santos, & Serra, 2010). Desenvolveu a Teoria Bifactorial, que sugere a existência de dois fatores independentes, com efeitos distintos na motivação no trabalho (cf. quadro 17):

- Fatores *Motivacionais* ou intrínsecos: referem-se ao conteúdo da função e às tarefas e deveres relacionados com o trabalho. São os que verdadeiramente contribuem para a satisfação e motivação no trabalho. Produzem efeitos prolongados no tempo.
- Fatores *Higiênicos* ou extrínsecos: referem-se às condições do ambiente de trabalho, que afetam a motivação. Valorizados quando implementados, os seus efeitos diluem-se mais rapidamente (Ferreira, Santos, & Serra, 2010; Rocha, 2010).

Em contraste com a visão holística de Maslow (modelo unidimensional), a abordagem de Herzberg exhibe uma tendência dicotomizada, com base nestes dois continuuns, num modelo bi-dimensional (Adair, 2006; Cunha et al., 2007). Esta teoria aumentou a aplicabilidade da Hierarquia das Necessidades de Maslow à motivação no trabalho, com implicações práticas na organização do trabalho. Salientou a necessidade de enriquecer a natureza do trabalho, por forma a evitar a rotina, propondo novas formas de organização de modo a criar oportunidades que aumentem o reconhecimento, promovam a respeitabilidade e o progresso (Rocha, 2010). Importa sobretudo prescrever a mudança do trabalho em si mesmo e não somente a mudança do ambiente de trabalho (Adair, 2006; Cunha et al., 2007).

Quadro 17. Fatores Motivadores e Fatores Higiênicos

FATORES MOTIVADORES	FATORES HIGIÊNICOS
Sentimento de realização	Relação com o Chefe
Reconhecimento	Relação com os Colegas
Trabalho variado	Supervisão Técnica
Tarefas desafiantes	Condições de Trabalho (Salário, Benefícios)
Desenvolvimento Pessoal	Segurança do Trabalho
Responsabilização Crescente	Políticas da Organização

Fonte: “Leadership: Theory, Application & Skill Development” por R. Lussier & C. Achua, 2010, p.84.

Apesar da sua aplicabilidade as críticas incidem no apoio investigacional limitado, na possibilidade de alguns fatores serem híbridos, contribuindo tanto com atitudes positivas

⁴⁵ Herzberg (1975) desenvolveu a teoria de Maslow através da experimentação e chegou à conclusão de que as coisas que fazem as pessoas insatisfeitas estão relacionadas com o ambiente de trabalho

como negativas. Igualmente o papel da recompensa monetária é ambivalente, uma vez que os autores consideram-no um fator higiênico, mas a maioria das pessoas sente-se motivada pela possibilidade de obter recompensas salariais relevantes (Adair, 2006; Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010).

Modelo das Características de Função de Hackman & Oldham

Surgido nos anos 70, da pesquisa de Hackman e Oldham, o modelo debruça-se sobre as características do trabalho, causadoras de desmotivação. Apoiados na investigação empírica, identificaram 5 características que contribuem para fazer da função, uma fonte de motivação:

- *Variedade*: reporta-se ao grau de exigências e uso de competências que uma determinada função exige. É exemplo a função de um professor universitário com atividades na docência, investigação e gestão da escola;
- *Identidade*: reporta-se ao nível de execução que uma função requer para a realização de um certo trabalho. É exemplo o trabalho de um escultor para realizar uma peça;
- *Significado*: reporta-se ao impacto do trabalho na vida dos outros trabalhadores, organização e comunidade. É exemplo o impacto da decisão de um gestor sobre a admissão ou demissão de colaboradores;
- *Autonomia*: reporta-se ao nível de independência no planeamento e execução do trabalho. É exemplo a independência de um professor para planear e organizar o lecionar uma cadeira.
- *Feedback*: reporta-se à forma de comunicar a eficácia do desempenho, suscitando nos colaboradores sentimentos de segurança, alegria e pertença (Cunha et al., 2007)

A presença ou ausência destas 5 dimensões, permite concluir que, na presença destas características no trabalho, maior será a motivação intrínseca dos colaboradores e maior será a satisfação laboral (Cunha et al., 2007).

Para que a relação entre as características da função e os resultados seja efetivada, há que ter em linha de conta uma variável importante, as *necessidades de crescimento*. Segundo Cunha et al., (2007) a ausência desta variável numa função com elevado potencial de motivação, não se traduz linearmente em maior motivação, satisfação e eficácia. Pessoas com maior necessidade de crescimento e desenvolvimento profissional, respondem mais positivamente à presença destas 5 dimensões, obtendo níveis de produção mais elevados.

Importa também neste contexto a capacidade própria das pessoas para corresponder às exigências do trabalho. Indivíduos com capacidades inferiores ao requerido para uma determinada tarefa, por muito motivadas que estejam, não conseguem atingir o desempenho

esperado. Os resultados também dependem da satisfação com o contexto, pois se um indivíduo se sente insatisfeito com o salário ou com a chefia ou sente insegurança no emprego é menos provável que tenha uma resposta positiva às características da função, porque as preocupações focam-se nos fatores higiênicos em detrimento dos fatores motivadores (Cunha et al., 2007).

2.1.3 – Teorias de Processo (Gerais)

Teoria da Equidade de Adams

Desenvolvida por Adams em 1963 tem no seu cerne um princípio básico: as pessoas querem ser tratadas com justiça e equidade no local de trabalho, pressupondo-se que haja correspondência entre os investimentos expendidos (*inputs*) e os ganhos obtidos (*outputs*). No fundo quem mais investe, mais deve receber: “*Equity theory proposes that people are motivated when their perceived inputs equal outputs*”⁴⁶ (Lussier & Achua, 2010, p. 89)

Como *inputs* consideram-se o empenho, esforço, conhecimentos específicos, experiência, *status*, inteligência, antiguidade, tempo e tudo o que o trabalhador considere como uma contribuição para o trabalho. Os *outputs* referem-se ao reconhecimento, louvor, salário, benefícios, promoções, aumento do *status*, oportunidades de formação e segurança no emprego (Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010; Miner, 2005; Pereira 2009)

Para se poder avaliar a retidão da relação investimento/ganho, há uma série de termos de referência que os trabalhadores recorrem. A *equidade interna* refere-se à comparação face a outros membros da mesma organização, que executam a mesma função; a *equidade externa* surge pela comparação com pessoas de outras organizações que executam tarefas similares. Salienta-se que as relações de equidade resultam das perceções dos trabalhadores e não de uma medição objetiva, o que significa que a equidade é um fenómeno percetivo e não um dado objetivo, podendo ocorrer diferenças entre a perceção do trabalhador e a perceção da organização (Cunha et al., 2007).

Da comparação entre *inputs* e *outputs* pode surgir uma de três situações: equidade ou iniquidade favorável ou desfavorável. A equidade surge quando a relação entre *inputs* e *outputs* é equilibrada. Nas situações de iniquidade favorável o trabalhador poderá afetar novos investimentos para repor a equidade dos ganhos. Na situação desfavorável o trabalhador poderá reagir contra a organização, desenvolvendo atitudes com implicações no desempenho,

⁴⁶ A teoria da Equidade propõe que as pessoas são motivadas quando os seus inputs igualam os seus outputs.

como insatisfação, aumento da conflitualidade e absentismo (Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010; Miner, 2005).

Sem estar nitidamente associada a hierarquia de necessidades e a procura da sua satisfação, Adams explica a racionalidade do comportamento humano, demonstrando que a motivação é maior quando os trabalhadores percebem a existência de uma *relação de contingência* entre os *inputs* e *outputs*. Contudo há críticas à teoria, pela subjetividade e carácter percetivo não objetivo que a caracteriza. É difícil estabelecer níveis de equidade universalmente aceites e aplicáveis, carecendo de desenvolvimento para se aproximar da prática organizacional (Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010; Miner, 2005).

Teoria MODCO de Luthans & Kreitner

MODCO significa *Modificação do Comportamento Organizacional*, e dá nome à teoria desenvolvida em 1975 por Luthans e Kreitner, com base no trabalho de Skinner no âmbito do comportamentalismo (Cunha et al., 2007; Miner, 2005).

A MODCO sugere que para motivar os trabalhadores não será necessário identificar e compreender as suas necessidades (teorias de conteúdo) nem perceber como os trabalhadores adotam comportamentos para as preencher (teorias de processo). Propõe que através das consequências do comportamento, os indivíduos serão motivados para se comportarem de uma determinada maneira. O comportamento é aprendido ao experienciar consequências positivas, às quais está associada uma recompensa ou negativas às quais estão associadas uma extinção ou punição (Lussier & Achua, 2010; Miner, 2005) (cf. figura 11).



Figura 11. Mecanismo de Reforço do Comportamento

Fonte: “Leadership: Theory, Application & Skill Development” por R. Lussier & C. Achua, 2010, p.93).

Há quatro tipos de reforços utilizáveis para potenciar a adoção de alguns comportamentos e o afastamento de outros:

- *Reforço positivo*: refere-se à recompensa contingente ao desempenho do comportamento desejado. Por exemplo um bônus é uma estratégia que aumenta a probabilidade de ocorrerem comportamentos orientados para esse objetivo;

- *Reforço negativo*: refere-se à suspensão de uma contingência indesejada devido ao surgimento de um comportamento desejado. Um trabalhador poderá deixar de ser vigiado pela chefia, quando se aproxima do desempenho pretendido;
- *Extinção*: refere-se à retirada de um reforço positivo de modo a que se suspenda um comportamento indesejado. É exemplo a mudança de equipa de um trabalhador que manifeste atitudes buliçosas;
- *Punição*: refere-se à aplicação de consequências negativas perante comportamentos indesejados, com vista à sua cessação (Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010).

Os primeiros dois reforços servem para fortalecer os comportamentos desejados. A extinção e punição servem para enfraquecer os comportamentos indesejados. Certos reforços como comida, água ou sexo, são inatos e portanto atuam, independentemente das experiências passadas. Em contexto laboral, reforços importantes como louvores, reconhecimento e bónus monetários, são aprendidos. Contudo, o que para um determinado indivíduo poderá constituir um importante reforço, para outro poderá não o representar, dependendo do passado individual de cada um (Miner, 2005). A MODCO é usada pelas empresas norte-americanas para aumentarem a produtividade, obterem melhorias no atendimento e elevarem o nível de eficiência (Lussier & Achua, 2010).

2.1.4 – Teorias de Processo (Organizacionais)

Teoria da Definição de Objetivos de Locke & Latham

Surgida nos anos 70, por Locke e Latham, baseia-se no efeito motivador da existência de objetivos. A base surge da constatação que o homem estabelece ao longo da vida, uma série de objetivos, que procura atingir sucessivamente. Objetivos fáceis serão pouco motivantes, metas mais difíceis despertarão sentimentos e emoções mais fortes, logo mais motivantes. A determinante para a ação será a definição e a perceção inerente aos objetivos, orientando estes a ação em si (Cunha et al., 2007; Miner, 2005; Pereira, 2009; Rocha, 2010).

A investigação produzida revelou que o estabelecimento de objetivos tem um efeito positivo na motivação e performance, sendo essa motivação diretamente proporcional à dificuldade da meta a atingir: “*Goal-Setting Theory proposes that specific, difficult goals motivate people*”⁴⁷ (Lussier & Achua, 2010, p. 90).

O funcionamento da teoria assenta em 3 preposições básicas:

⁴⁷ A Teoria da Definição de Objetivos propõe que objetivos específicos e difíceis motivam as pessoas.

- Os objetivos potenciam a performance, ao motivar as pessoas a exercerem esforços em concordância com a dificuldade da tarefa;
- Os objetivos motivam as pessoas a persistirem na atividade ao longo do tempo;
- Os objetivos direcionam o foco de atenção das pessoas para comportamentos e resultados relevantes, afastando-as das atividades paralelas (Miner, 2005).

Os autores identificaram quais as metas que mais estimulam a atenção, o esforço e persistência das pessoas e compilaram as principais ilações na construção de objetivos que respeitem o acrónimo *SMART*: *Specific* (específicos), *Measurable* (mensuráveis), *Agreed* (acordados e alcançáveis), *Realistic* (realistas mas difíceis) e *Timed* (com prazos a respeitar). Construindo-os com base neste acrónimo, evolui-se de objetivos vagos, pouco motivadores, para objetivos difíceis mas alcançáveis, específicos, com duração a cumprir, percecionados e aceites pelos colaboradores (Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010; Pereira, 2009).

A aceitação dos objetivos pelos colaboradores faz parte da determinante para ação e produzirá os mecanismos de esforço, dedicação e persistência necessários à realização da tarefa. O fulcro passa pela participação dos colaboradores na definição dos objetivos, pela transmissão de feedback sobre os progressos alcançados e adicionalmente pelo estabelecimento de recompensas (como motivador intrínseco) (Cunha et al., 2007).

Como críticas é apontado que ao estabelecer objetivos específicos, o espaço dado ao colaborador para desenvolver outros comportamentos relevantes é reduzido. Por outro lado, os colaboradores podem estar altamente motivados pelos objetivos mas se evidenciarem poucas capacidades, poderão nunca conseguir alcança-los (Cunha et al., 2007).

Teoria das Expectativas de Vroom

Produzida por Vroom em 1964, propõe que “*people are motivated when they believe they can accomplish the task, they will get the reward, and the rewards for doing the task, are worth the effort*”⁴⁸ (Lussier & Achua, 2010, p. 88). O comportamento e o desempenho serão escolhas conscientes, elegendo a pessoa o comportamento que lhe aprouver maiores ganhos. Pessoas diferentes, tem necessidades, desejos e metas diferentes, adotando-se comportamentos distintos, consoante a perceção do que se conseguirá obter em termos de recompensas, valorizadas consoante a pessoa em si (Cunha et al., 2007; Halepota, 2005; Lussier & Achua, 2010, Pereira, 2009). A teoria organiza-se em torno de 3 conceitos:

- *Expectativa*: A probabilidade subjetiva que a um determinado esforço se obterá, como resultado, um bom desempenho. Refere-se à perceção da pessoa sobre a sua habilidade

⁴⁸ As pessoas são motivadas quando acreditam que ao completar uma tarefa vão receber uma recompensa, e que as recompensas por fazer essa tarefa, valem esse esforço.

(e probabilidade) de atingir um determinado objetivo. Quanto maior a expectativa, maior a possibilidade de estar motivado.

- *Instrumentalidade*: É o grau em que um resultado facilita o acesso a outro resultado ou recompensa. Refere-se à crença que a performance irá resultar na obtenção de uma recompensa. Quanto maior a instrumentalidade do colaborador, maior será a possibilidade de estar motivado. É exemplo obter uma boa média no curso, para facilitar a obtenção do primeiro emprego.
- *Valência*: O esforço decorre se houver percepção que a recompensa obtida é valiosa. Refere-se ao valor que a pessoa atribui ao resultado ou recompensa. Quanto mais elevado o valor ou importância do resultado ou recompensa, maior é a possibilidade do colaborador ficar motivado. Por exemplo, a atribuição de uma viagem de avião como prêmio de vendas pode não ser motivador para um colaborador com receio dessas viagens (Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010; Miner, 2005).

Com base nestes 3 conceitos, Vroom construiu uma equação que reflete o nível de motivação, diretamente proporcional dos níveis mais ou menos elevados de expectativa, instrumentalidade e valência: $Motivação = f(\text{Expectativa} \times \text{Instrumentalidade} \times \text{Valência})$ (Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010; Miner, 2005).

Em termos de aplicabilidade, alguns autores recomendam algumas circunstâncias facilitadoras, como a clara definição dos objetivos, ligar a performance a recompensas, consideração pela individualidade dos colaboradores (possibilidade de escolha do prêmio) e a presença de uma liderança ativa na gestão das expectativas dos colaboradores, cumprindo aquilo a que se propõe (Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010).

Teoria da Avaliação Cognitiva de Deci

Surgida em 1975, baseia-se no princípio que a motivação assenta em dois subsistemas. O *intrínseco*, prolongado no tempo, notável pelo entusiasmo, realização e responsabilidade internos à pessoa e o *extrínseco*, mais temporário, regido pela remuneração, prêmios e condições de trabalho (Cunha et al., 2007; Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 2008).

Se por exemplo a organização colocar uma forte ênfase nos prêmios monetários, os colaboradores têm tendência a atribuir o seu comportamento a causas externas, levando a um decréscimo da motivação intrínseca: “*Cognitive Evaluation Theory asserts that a change in perceived locus of causality is one way to decrease intrinsic motivation*”⁴⁹ (Deci, Cascio, & Krusell, 1975, p. 84). Os fatores externos como as recompensas tangíveis, datas-limite,

⁴⁹ A Teoria da Avaliação Cognitiva afirma que uma mudança percebida no locus de causalidade é uma forma de diminuir a motivação intrínseca.

vigilância e avaliações frequentes, tendem a diminuir os sentimentos de autonomia, levando a alterações nesse locus interno de controlo, minando a motivação intrínseca. Já o exercício de atividades equilibradas e desafiadoras são intrinsecamente motivadoras: “*Cognitive Evaluation Theory further suggest that feelings of competence as well feelings of autonomy are importante for intrinsic motivation*”⁵⁰ (Gagné & Deci, 2005, p. 332).

Nesta base as organizações devem estimular e valorizar a motivação intrínseca dos colaboradores com vista ao alcance da autodeterminação e desenvolvimento na iniciação e regulação das ações individuais. Embora independente, esta teoria aproxima-se do autocontrolo evidenciado na MODCO (Cunha et al., 2007; Gagné & Deci, 2005).

Considerada como uma das principais teorias da motivação, não é isenta de críticas, começando pela falta de confirmação junto das organizações, do trabalho desenvolvido em ambiente laboratorial. Algo desvalorizado, o uso do prémio monetário continua a ser central e apelativo como estratégia motivacional de realce. Já o foco dos líderes nos aspetos motivacionais intrínsecos, subvaloriza os motivantes extrínsecos, que em muitas organizações, têm um peso marcante (Gagné & Deci, 2005).

2.2 - CONTRIBUTOS DO ESTUDO DA MOTIVAÇÃO

“A qualidade nunca é um acidente, é sempre o resultado de elevada intenção, esforço sincero, direção inteligente e execução hábil, representando a escolha sábia de muitas alternativas”
W. Foster

O estudo das teorias da motivação para além de enriquecer os conhecimentos na área, traz contributos importantes e reaplicáveis nas instituições, com ganhos na motivação dos colaboradores e na eficácia da organização, melhorando os resultados finais: “*Understanding and having knowledge about motivation theories can help to create a motivational atmosphere, and application of these theories can result in achieving higher productivity*”⁵¹ (Halepota, 2005, p. 14). Já Rocha (2010, p. 104) admite a importância do estudo das diferentes teorias, como relevantes “para perceber a motivação nos serviços públicos”. Do seu estudo é-nos permitido retirar algumas ilações pertinentes:

- Não há uma definição única e concludente sobre motivação;
- Não há uma teoria universal e abrangente, que consiga encaixar toda a complexidade do conceito de motivação num único modelo explicativo;

⁵⁰ A Teoria da Avaliação Cognitiva sugere ainda que os sentimentos de competência, bem como os sentimentos de autonomia são importantes para a motivação intrínseca.

⁵¹ Compreender e ter conhecimento sobre teorias de motivação pode ajudar a criar um ambiente motivacional e a aplicação dessas teorias pode resultar na obtenção de maior produtividade.

- Qualquer reflexão sobre a temática deverá incluir os 4 elementos transversais ao conceito (estimulação, ação e esforço, movimento e persistência e recompensa) e considerar os aspetos intrínsecos e extrínsecos inerentes à motivação;
- Diferentes teorias dão diferentes respostas à pergunta que se coloca ao líder de uma qualquer organização – como motivar os colaboradores?
- O quadro teórico multifacetado é revelador do dinamismo do conceito;
- A motivação é tratada como uma questão individual por diversas teorias, porque produz comportamentos objetivos e subjetivos do indivíduo, que centra em si a escolha, forma e intensidade da execução;
- A motivação é também influenciada pelas dinâmicas do grupo que contribuem ativamente para o desempenho final, influenciando a motivação individual na persecução dos melhores resultados;
- Não é diretamente observável, sendo-a somente pelo fluxo comportamental e pelo produto desse comportamento em termos de resultados objetivos.

Tal como na liderança, nenhuma teoria consegue explicar a totalidade do fenómeno. Contudo, todas elas dão-nos orientações que poderemos alicerçar e replicar, consoante as áreas que evidenciam. O quadro 18 apresenta-nos os principais pontos das teorias em estudo.

Todas estas formas de análise do fenómeno da motivação são válidas e pertinentes de ser seguidas, cada qual com uma direção explícita. As questões tornam-se a colocar perante o estudo que queremos realizar no campo da enfermagem: Qual o referencial teórico a seguir, como motivar, quais os instrumentos de avaliação mais válidos?

Uma revisão da literatura sobre as teorias da motivação dá-nos uma noção clara do espírito dinâmico que continua a imperar no seio do estudo desta problemática: *“By the 1990s, most of the traditional motivation theories had received considerable empirical support. Research continues to refine the models, and to suggest moderators and boundary conditions”*⁵² (Ambrose & Kulik, 1999, p. 278). Contudo, mantêm-se as dificuldades em relação à definição e mensuração dos efeitos modeladores da motivação, registando-se ainda a deceção perante as pesquisas direcionadas para as particularidades das teorias, em detrimento do reduzido número de estudos científicos sobre a relação entre a motivação profissional e a performance organizacional.

Pudemos observar que a teorização girou em torno das expectativas, dos sentimentos de autoeficácia, de objetivos, no ganho de recompensas em resposta a um comportamento

⁵² Na década de 1990, a maioria das tradicionais teorias da motivação receberam suporte empírico considerável. A pesquisa continua a refinar os modelos, a sugerir moderadores e condições de contorno.

esperado. Anteriormente, com renovado interesse na atualidade, as necessidades e o comportamento de satisfação destas, davam essência ao *movere* como fonte motivacional. Uma variedade de enfoques que têm pontos comuns e fundamentais: a necessidade que estimula, a realização do comportamento que a satisfaz, o perdurar no tempo dessa conduta, mediado pela recompensa. A motivação é, e será, o fundamento da conduta humana em todos os seus aspetos. A necessidade continuará a ser a sua base (Brundett, 2010; Halepota, 2005).

Quadro 18. Principais características das Teorias da Motivação

TEORIAS	FONTES DE MOTIVAÇÃO	PROCESSO DE MOTIVAÇÃO NO COMPORTAMENTO
Hierarquia das Necessidades (Maslow)	Satisfação básica de necessidades	O colaborador possui necessidades hierarquicamente definidas: fisiológicas, de segurança, sociais, de estima e de autorrealização. Estas evoluem neste sentido, de acordo com a importância e influência.
Teoria ERG (Alderfer)	Satisfação das necessidades	O colaborador possui necessidades de existência, relacionamento e crescimento, existindo flexibilidade entre os níveis de hierarquia, pois estes, sentem em simultâneo motivado por vários níveis, com o objetivo de autorrealização.
Teoria dos Motivos (McClelland)	Necessidades adquiridas socialmente	Os colaboradores possuem necessidades de realização, afiliação e poder, mas uma delas influencia mais do que as restantes.
Teoria Bifatorial (Herzberg)	Ambiente externo e o trabalho	Os colaboradores procuram o enriquecimento da função, como novas formas de motivar e não simplesmente a sua não satisfação no trabalho.
Modelo das Características da Função (Hackman & Oldham)	Potencial motivador da função	O colaborador tenderá a aumentar as suas características de trabalho de acordo com a variedade, identidade, significado, autonomia e <i>feedback</i> da organização.
Teoria da Equidade (Adams)	Injustiça ou iniquidade	O colaborador tenderá a reduzir qualquer tipo de iniquidade apercebida.
Teoria ModCO (Luthans & Kreitner)	Consequências do comportamento	O colaborador tenderá a repetir o comportamento recompensado e a eliminar o comportamento punido.
Teoria da Definição de Objetivos (Locke & Latham)	Objetivo a alcançar	Os colaboradores tenderão a satisfazer os seus objetivos (fonte de emoções e desejos).
Teoria das Expectativas (Vroom)	Valência, instrumentalidade e expectativa elevadas	O colaborador tenderá a realizar tarefas quando maior for o valor atribuído à recompensa e à probabilidade de realizar essa mesma tarefa.
Teoria da Avaliação Cognitiva (Deci)	Satisfação das necessidades internas	Os colaboradores tenderão a procurar desafios compatíveis com as capacidades de aquisição de competências através da interação de estímulos que as provoquem. Visam a autodeterminação.

Retirado de “Liderança e Motivação dos Colaboradores: Um ensaio no sector da saúde” por E. Lameiras, 2010, p. 90.

É consensual entre autores que a Teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow constitui a base e o fundamento das teorias de motivação subsequentes e de toda a conotação que tem com a problemática da liderança. Consideram ainda que a teoria de Maslow está no topo das teorias mais reconhecidas, importantes e úteis na área da motivação e comportamento organizacional (Wininger & Norman, 2010). É importante o líder reconhecer as necessidades básicas que os seus colaboradores têm premência em satisfazer, pois só com essa satisfação, estes estarão estimulados para atividades mais complexas, diretamente relacionáveis com a performance da organização (Brundett, 2010; Cunha et al., 2007;

Ferreira, Santos, & Serra, 2010; Lussier & Achua, 2010). Como o intuito da pesquisa contida neste relatório visa descrever e explicar o fenômeno no seio dos enfermeiros do HAL faz todo o sentido explorar esta abordagem da motivação.

Na opinião de Rocha (2010) é redutora a atitude de entender a motivação profissional apenas com o acervo do incentivo econômico. Ainda faz menos sentido quando tentamos aplicar esses incentivos à administração pública, onde não se pode alterar o *status quo* imposto às remunerações dos funcionários públicos, enfermeiros incluídos.

Motivar é muito mais do que isso. Envolve sentimentos de realização, reconhecimento profissional e qualidade de vida. Um profissional que desempenha uma atividade que gosta, é feliz e trabalha motivado, melhorando o seu próprio conhecimento, experiência, e produtividade. Não compete diretamente ao líder motivar o colaborador, antes sim dar-lhe as condições para que o mesmo se motive, pois acima de tudo o individual tem um papel basilar em todo o processo (Pedro & Olivieri, 2008). Nessa linha de raciocínio, Rocha (2010) propõe-nos alguns instrumentos, passíveis de utilização pela organização e pelo líder, para criar as condições propensas à motivação dos colaboradores:

- *Estratégias a nível do trabalho: participação* dos colaboradores nos processos de decisão; *enriquecimento do trabalho* ampliando as responsabilidades e as funções; *Adequação do trabalho* às pessoas, para que se sintam felizes a fazerem o que gostam; *Adequação da recompensa* ao nível da execução dos objetivos, conjugando os individuais com os da organização.
- *Estratégias a nível monetário*: Sem ser a única forma de motivar, também é um fator importante, que deve obedecer a alguns pressupostos: o colaborador preferir esse tipo de incentivo, saber que a um *aumento monetário*, está implícito um *aumento do rendimento* e que por consequência tem um *aumento do esforço* despendido.
- *Estratégias a nível de recompensas: Recompensas informais* como o reconhecimento público dentro da própria organização, reconhecimento social e participação na organização; *Recompensas formais* através de um sistema justo, com regras conhecidas e ajustado às necessidades das pessoas.

As estratégias a nível do trabalho satisfazem as necessidades mais elevadas da Hierarquia de Maslow, com quebra da rotina sempre desmotivadora. O incentivo monetário poderá contribuir para prover as necessidades de segurança. As recompensas formais e informais podem ajudar na satisfação das necessidades de estima e sociais.

CAPÍTULO 3 – LIDERANÇA E MOTIVAÇÃO: O ESTADO DA ARTE

“Num certo sentido, os gestores são psicólogos. Afinal, ajudar as pessoas a superar as suas limitações para se tornarem mais bem sucedidas é a essência da liderança eficaz”.

Kegan e Lahey

“A verdadeira motivação vem da realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento”

F.Herzberg

Nos anos 20, Mayo pesquisou numa fábrica de Hawthorne, a relação entre as condições de trabalho, a fadiga e a monotonia dos empregados, produzindo conceitos pioneiros sobre motivação, a estrutura informal e as organizações. O destaque dado ao tema fomentou as discussões sobre liderança, aproximando os dois campos teóricos, uma vez que era necessário encontrar o promotor da motivação nas organizações (Cardoso & Amorim, 2010).

Vimos neste enquadramento teórico, a cumplicidade e proximidade em termos funcionais de ambos os conceitos. A influência da qualidade da liderança refletir-se-à na motivação dos seus colaboradores, sendo uma suprema conquista do líder, ter uma equipa motivada. Por seu lado, colaboradores motivados são sinónimo de eficácia, desempenho e produtividade, superando as expectativas da organização. Um ciclo de dinamismo que importa promover, mesmo no mundo global em constante mutação (Pedro & Olivieri, 2008).

A classe de enfermagem não é imune nem estanque à aplicabilidade destes princípios, pois na sua própria formação, prática e competências adquiridas é um ponto chave a excelência no cuidar, a suprema eficácia e desempenho. Por dedução lógica, também estes colaboradores altamente diferenciados e competentes, dependerão de uma liderança adequada e de factores motivacionais importantes para atingirem esse patamar de excelência. Não basta querer, não basta ter motivação intrínseca. Há que ter em linha de consideração a motivação extrínseca, as características do líder, o ambiente sócio-económico, o grupo de trabalho, os estímulos de acção e as recompensas.

Partilhamos da opinião de Manion (2011, p.2), que nenhum assunto é mais importante para as organizações, que o desenvolvimento e a evolução continua dos seus líderes: *“Leadership is the pivotal force behind successful organizations”*⁵³. O sucesso está diretamente correlacionado com o desenvolvimento, robustez e capacidade interior da liderança, aliada à inteligência, força coletiva e envolvimento dos liderados dos diferentes níveis da organização.

⁵³ Liderança é o pilar central por detrás das organizações de sucesso.

Florence Nightingale é reconhecida como a primeira líder formal em enfermagem, capacitada pela experiência, poder pessoal e aptidão para influenciar as políticas de saúde da época. O sucesso das suas políticas passou, indubitavelmente, pela formação, motivação e responsabilização das enfermeiras que constituíam a sua equipa. Foi também ela que diferenciou primariamente o importante papel das enfermeiras superintendentes, mantendo-se até hoje os efeitos introduzidos nas organizações, promovendo o progresso e desenvolvimento da profissão (Helmstadter, 2008; Moiden, 2002).

O ICN tem também um passado histórico relacionado com as áreas da liderança e motivação em enfermagem, sendo precursora no desafio e desenvolvimento de competências nos enfermeiros, por forma a assumirem responsabilmente o papel no planeamento, execução e avaliação de políticas de saúde: “*ICN firmly believes that nursing services must be directly managed by nurses*”⁵⁴ (ICN, 2010).

Em 1996 o ICN expôs uma visão sobre o papel dos enfermeiros na liderança em saúde. Em 2005, no 23º Congresso Quadrienal, o ICN em parceria com enfermeiros de diversas áreas, identificou 5 áreas prioritárias de intervenção, desde economia no setor da saúde, políticas laborais, regulação profissional, performance organizacional, recrutamento e liderança em enfermagem, mantendo-se esta última, como um dos pilares do plano estratégico para o quadriénio 2011-2014 (ICN, 2006; ICN, 2010; ICN 2013a; ICN, 2013b).

Em 2007, a Ordem dos Enfermeiros (OE) implementou o programa “*Liderança para a Mudança*”, na linha dos programas desenvolvidos pelo ICN noutros países e que seguia o mesmo cânone – o desenvolvimento dos enfermeiros como líderes e gestores efetivos, tendo por base os desafios lançados à profissão, em que a polivalência e multidisciplinaridade se tornam em ferramentas importantes a dotar os profissionais de enfermagem: “*A Enfermagem no século XXI terá selecionado enfermeiros ao nível nacional e organizacional, equipados com os conhecimentos, estratégias e força para liderar e gerir nos serviços de saúde e na Enfermagem através da mudança e no sentido de um futuro mais saudável para todas as populações*” (OE, 2012a).

No que concerne à liderança em enfermagem, e tendo em consideração o constante impacto das contínuas mudanças nos sistemas de saúde e nos ambientes laborais dos enfermeiros, o ICN reitera a sua posição sobre a necessidade dos enfermeiros possuírem competências acrescidas a nível da liderança e gestão:

⁵⁴ O ICN acredita firmemente que os serviços de enfermagem devem ser diretamente geridos por enfermeiros.

*“Those who are or will be in key leadership and management positions need to be adequately prepared to help shape policy, work effectively in interdisciplinary teams, plan and manage effective and cost-efficient services, involve communities and key stakeholders in health care planning and delivery, and prepare other nurse managers and leaders for the future”*⁵⁵ (ICN, 2010).

Nestas mudanças paradigmáticas, a enfermagem é parte integrante de todo o sistema, pois alia a ação de cuidar, à atividade de administrar e gerir a unidade de prestação de cuidados (Strapasson & Medeiros, 2009). Mais perentórios, Sousa & Barroso (2009) acreditam que os enfermeiros possuem subsídios para desenvolverem uma liderança de sucesso, uma vez que têm enraizados na sua filosofia profissional, os princípios essenciais da liderança. Numa conceção similar, Souza et al., (2013, p.292) escrutinam a liderança como “uma habilidade essencial na vida profissional do enfermeiro”. Este profissional estará apto a comunicar claramente no grupo, apontar soluções, ter iniciativa na tomada de decisões e fruir da visão e o envolvimento necessário para o cabal desempenho e eficácia da organização, numa estreita relação entre enfermagem e liderança (Gelbcke et al., 2009; Souza et al., 2013).

O trabalho em equipa pressupõe relações de autoridade, poder e confiança mútua, assumindo o enfermeiro um papel indispensável, uma vez privilegia os interesses coletivos dos profissionais e utentes (Strapasson & Medeiros, 2009). “A orientação moderna para o sucesso pressupõe que as organizações, através dos seus líderes, saibam criar um ambiente de trabalho onde as pessoas se sintam seguras, motivadas, de bom humor e confortáveis para enfrentar os desafios requeridos por suas realizações” (Alves, Ribeiro, & Campos, 2010, p. 52).

Daqui decorre o interesse pelo estudo da liderança em contexto de enfermagem, compreendendo-se a valorização do tema enquanto área de investigação, quer pelo momento de reestruturação dos serviços de saúde, quer por ser um aspeto inerente ao próprio cuidar (Alves, Ribeiro, & Campos, 2010). O ICN reitera a importância da temática, apresentando-a como prioritária para os enfermeiros e assumidamente um pilar da prática de enfermagem, foco de atenção e de importantes projetos de enfermagem (ICN, 2010; ICN, 2013b). O seu estudo é desafiante e pode enriquecer-nos enquanto prestadores de cuidados de excelência:

⁵⁵ Aqueles que são ou serão elementos chave em posições de liderança e gestão, precisam de ser adequadamente preparados para ajudar a moldar as políticas, trabalhar de forma eficaz em equipas interdisciplinares, planejar e gerir serviços eficazes e eficientes, envolvendo as comunidades e os principais *stakeholders* no planeamento e prestação de cuidados de saúde, preparando outros enfermeiros gestores e líderes para o futuro.

*“Leadership ability determines a person’s level of effectiveness. To be an effective nurse, you must be an effective leader”*⁵⁶ (Tappen, Weiss & Whitehead, 2010, p.11)

Diversas pesquisas concluíram que a liderança associa-se positivamente com a motivação e satisfação profissional dos enfermeiros e o comprometimento destes com os objetivos da organização. O desafio para o líder no setor da saúde está em manter a motivação, inspiração e o *empowering* dos profissionais associado a uma visão de futuro e compromisso com a organização (Zurn, Dolea, & Stilwell, 2006).

Alguns estudos analisados por Lussier & Achua (2010) sobre o trabalho de enfermagem, demonstraram a influência do comportamento de liderança na performance das equipes de enfermagem, salientando também a importância das variáveis situacionais e o seu efeito na satisfação profissional dos enfermeiros. Distinguindo a abordagem comportamental, salientam que a pesquisa encontrou correlação entre o comportamento de estruturação e o stress profissional, mas não entre este comportamento e a satisfação profissional. Já o comportamento de consideração estava associado positivamente a índices elevados de satisfação entre os enfermeiros.

Tendo por base as pesquisas de Stodgill, Burns, Bass e Yukl sobre a variedade de estilos de liderança, Havig et al., (2011) desenvolveram um estudo focado nos comportamentos de liderança orientados para a tarefa ou para as pessoas e a satisfação resultante, salientando que a liderança orientada para as pessoas produz nos profissionais, níveis de satisfação mais elevados. Estes autores referiram um estudo realizado em 1997 nos EUA, em que McNeese-Smith demonstrou que os líderes focados num comportamento de orientação para as pessoas, produziam um efeito superior na satisfação profissional. Referiram ainda outro estudo de 2008, realizado em hospitais universitários, em que Sellgren et al. encontraram uma correlação positiva mais acentuada entre o comportamento de orientação para as pessoas e a satisfação laboral; uma terceira pesquisa, realizada numa população de enfermeiros, citavam Mullins et al., que: *“examined the relationship between supervisory power and job satisfaction among nursing home personnel and showed a significant positive effect for coordination”*⁵⁷, uma conclusão similar obtida por Blegen em 1993 e Häggström em 2004 (Havig et al., 2011, p. 3533).

Contudo a investigação de Havig et al., (2011), realizada na Noruega em 2011 a 444 enfermeiros registados e auxiliares de enfermagem, da prestação de cuidados domiciliários,

⁵⁶ A capacidade de liderança de uma pessoa determina o seu nível de eficácia. Para se ser um enfermeiro eficiente, deve-se ser um líder eficaz.

⁵⁷ Examinaram a relação entre o poder de supervisão e a satisfação profissional dos enfermeiros domiciliários, que demonstrou um significativo efeito positivo da coordenação.

encontrou sim, uma correlação positiva entre a orientação para a tarefa e a satisfação profissional.

Em New Jersey, um estudo realizado com 320 enfermeiras de cinco hospitais, cujo objetivo era abordar a influência na cultura organizacional das equipas de enfermagem, da liderança protagonizada por enfermeiras responsáveis (*first-line nursing leadership*) em comparação com a liderança de enfermeiras chefe (*chief nursing executives leadership*), concluiu que as primeiras apresentavam um comportamento de liderança transformacional, reconhecido pela maior interação com o grupo, maior eficácia e maior motivação das enfermeiras, apresentando níveis mais elevados de qualidade dos cuidados prestados e satisfação dos utentes. Estas equipas apresentavam também uma forte cultura organizacional, com distintos valores a nível da missão, adaptabilidade, envolvência e consistência (Casida (2007).

No Brasil, a evidência científica revelou que no quotidiano laboral dos enfermeiros há alguma dificuldade em liderar, sobretudo por falta de clareza sobre o que a organização espera deles neste contexto de mudanças, interpondo-se na escolha do melhor estilo de liderança (Strapasson & Medeiros, 2009; Souza et al., 2013). Com a mesma origem, outro estudo identificou o estilo autocrático e burocrático como prevalente, estando associado ao aumento da produtividade mas também ao surgimento de conflitos e lacunas nas relações interpessoais, assumindo-o como um dado a melhorar (Trindade et al., 2011).

Em Portugal, um estudo realizado em hospitais dos Açores demonstrou um forte impacto do estilo de liderança na satisfação dos profissionais, concluindo que a promoção de comportamentos de liderança, compagináveis com elevada satisfação dos enfermeiros, conduzem a melhorias na qualidade dos serviços de saúde, resultando em ganhos para a população (Furtado, Batista, & Silva, 2011). Noutro estudo, realizado numa instituição hospitalar do norte do país, envolvendo 34 enfermeiros responsáveis de serviço e 428 enfermeiros, demonstrou que há uma correlação significativa entre o estilo de liderança do enfermeiro chefe, o controlo situacional e a satisfação dos enfermeiros da equipa, sobressaindo que a satisfação constitui um indicador da qualidade dos cuidados prestados (Menezes 2010).

Da análise destes resultados podemos influir algumas conclusões que os teóricos já nos tinham legado: nenhuma teoria tem capacidade de explicar o fenómeno de uma forma global e que para diferentes situações terá que haver diferentes estilos de liderança. Particularizando, na abordagem comportamental, a assunção do estilo *Hi-Hi* (elevada estruturação e elevada

consideração) poderá ser um dos caminhos (não o único!) para atingir um distinto desempenho da organização paralelamente a elevados níveis de motivação dos colaboradores.

A interligação entre a liderança e a motivação já foi aqui debatida. Nós próprios levantamos preocupações quanto ao *status* motivacional existente hoje, nos seios das equipas de enfermagem e a sua particular interligação com a liderança e desempenho: “*Teams can only reach the point of extreme execution if they are made up of highly motivated individuals*”⁵⁸ (Brundrett, 2010, p.107)

O ICN faz esta interligação ao propor metodologias potenciadoras da motivação nos enfermeiros apoiada em estudos que correlacionam positivamente a liderança com a satisfação, motivação e comprometimento dos enfermeiros com os objetivos institucionais, uma vez que “*50 per cent of motivation comes from within a person and 50 per cent from his or her environment, especially from the leadership encountered there*”⁵⁹ (Adair, 2006, p. 38). Num ambiente em constante mudança e pressão que caracteriza os locais de trabalho no sector da saúde, manter elevados padrões de qualidade e eficiência no atendimento aos utentes, exige do enfermeiro líder aptidão para promover a participação e o *empowerment* dos enfermeiros, incrementando a sua motivação.

A segurança do contrato laboral, a variabilidade dos ganhos monetários, a flexibilidade da tarefa, a exigência crescente de mais competências e a mobilidade do emprego, provocam nos colaboradores sentimentos de ansiedade e dúvida na satisfação das suas necessidades mais básicas como as de segurança e sociais, influenciando o seu desempenho. Todo este panorama imputa aos líderes das organizações o desenvolvimento de novos artifícios para potenciar a motivação e colmatar essas necessidades.

A motivação é um dos principais fatores relacionados com a produtividade e qualidade no trabalho, pelo que se assume como uma ferramenta importante para o desenvolvimento das potencialidades dos enfermeiros. Fomentá-la torna-a numa tarefa desafiadora para o enfermeiro líder que pretende alcançar a máxima eficácia da sua equipa (Bezerra et al., 2010).

Na opinião de Cunha et al., (2007) a análise da motivação passa hoje por uma fase de novos desafios, perante uma força de trabalho cada vez mais diversa, especializada e competente, o reequacionamento das relações do trabalho e do contrato psicológico e a variabilidade dos ganhos monetários e recompensas adjacentes à produtividade e empenho do profissional: “Novos tempos colocam novas necessidades à investigação sobre as causas e consequências da motivação” (Cunha et al., 2007, p. 175).

⁵⁸ Uma equipa só pode atingir um ponto de realização plena, se for constituída por indivíduos altamente motivados.

⁵⁹ 50 por cento da motivação vem com a própria pessoa e os outros 50 por cento vêm do ambiente, especialmente da liderança que ai se encontra.

A investigação na área tem produzido algumas conclusões que vertem as preocupações levantadas por nós, no início deste relatório. Um estudo brasileiro revelou que apesar dos enfermeiros sentirem-se realizados, apresentavam insatisfação e desmotivação com o trabalho, associados à falta de estímulos e condições satisfatórias que os retenham na profissão. Vincaram que não consideram o fator remuneração como o principal motivador, mas sim a adequação da carga de trabalho, responsabilidade, relacionamento satisfatório e crescimento profissional (Lima, et al., 2009)

Outro estudo estimou que 60% dos enfermeiros entrevistados evidenciavam desmotivação profissional, associada à sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento por parte dos líderes de enfermagem e falta de um bom relacionamento entre estes e as equipas. Apontavam que o caminho para a motivação passaria pela participação dos enfermeiros nos planos assistenciais, estabelecimento de uma liderança democrática, o cultivo de boas relações e o reconhecimento pelo desempenho (Bezerra et al., 2010).

Uma revisão sistemática da literatura salienta a importância da qualidade dos cuidados prestados aos utentes para os objetivos dos serviços de saúde e como os enfermeiros capacitados e motivados podem contribuir positivamente para essa qualidade. Dessa revisão os fatores percebidos como motivadores para os enfermeiros, passam pela autonomia na prática, boas relações interpessoais, disponibilidade de recursos e a influência do perfil de liderança. As organizações e os seus líderes deverão identificar e promover estes fatores, uma vez que: *“Healthcare organizations that invest in exploring employee motivation will be rewarded with high performing and committed staff”*⁶⁰. (Germain & Cummings, 2010, p. 438)

Num estudo realizado com 48 enfermeiros-chefes e 404 enfermeiros de hospitais centrais portugueses, Dias (2001) analisou a motivação dos enfermeiros com base na teoria de Maslow, verificando que o estilo de liderança do enfermeiro chefe influencia positivamente a motivação no trabalho dos enfermeiros subordinados. O grau de motivação dos subordinados tinha implicações diretas na qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem e, por inerência, no sucesso do líder.

Noutro estudo, realizado em dois hospitais de Coimbra, envolvendo 8 enfermeiros-chefes e 122 enfermeiros, Junqueira (2006) concluiu que o perfil de liderança do enfermeiro chefe permite obter elevados níveis de motivação nos enfermeiros, se agregar diversos aspetos presentes nas teorias da liderança e motivação, como o reconhecimento aos subordinados, pela sua motivação, proporcionando oportunidades, participação nos objetivos da organização

⁶⁰ As organizações prestadoras de cuidados de saúde que investem na exploração da motivação dos seus colaboradores, serão recompensadas com elevada performance e comprometimento dos elementos da equipa.

e o desenvolvimento do percurso profissional com independência e autonomia na base do respeito e cordialidade.

Seguindo o mesmo referencial teórico que o preconizado neste relatório, Carneiro (2009) desenvolveu um estudo num centro hospitalar transmontano, abrangendo 420 enfermeiros, concluindo que o comportamento dos enfermeiros chefes percebido pelos enfermeiros é facilitador da motivação nas atividades relacionadas com a tarefa, mas também com o relacionamento pessoal, aproximando o enfermeiro chefe das equipas mais motivadas com o estilo de comportamento *Hi-Hi* já aqui referenciado. De salientar também que nesta pesquisa o comportamento de liderança dos enfermeiros chefes era compatível com a satisfação das necessidades mais elevadas da teoria da motivação de Maslow, nomeadamente de estima e autorrealização.

O estudo recente de Lameiras (2010), realizado numa amostra de 361 profissionais dos cuidados de saúde primários da zona norte, destacou que foi possível classificar os líderes como integradores, isto é, preocupados quer com a produção quer com os colaboradores, mantendo um equilíbrio entre as necessidades do trabalho e a moral dos profissionais, fomentando um adequado desempenho organizacional (Lameiras, 2010). No que concerne à motivação, os pressupostos levantados pelas principais teorias da motivação, também ali estavam presentes, com os profissionais a evidenciar fortes necessidades de sucesso (excelência na prestação) e moderadas de afiliação (relacionamento interpessoal) (Lameiras, 2010). Em jeito de conclusão, destaca algumas das assunções que ratificamos nos contributos dados pelas diferentes teorias: não há vias únicas para a compreensão global da liderança e motivação, havendo ainda muito para investigar e desenvolver empiricamente. Igualmente, podemos acrescentar, que pensar em remuneração como principal fator motivador, é redutor e pode limitar a visão dos líderes. Motivar enfermeiros passa sobretudo pela adequação do ambiente de trabalho, estabelecimento de boas relações interpessoais e o cabal reconhecimento profissional a nível das competências adquiridas e do trabalho realizado.

É nesta linha de dinamismo que temos de encaixar os novos desafios que hoje se colocam à problemática da liderança e motivação em contexto laboral. Embora a estabilidade do referencial teórico, largamente apoiado pela investigação, nos facilite a compreensão do fenómeno e suas ambivalências, a reorganização do mundo do trabalho a que hoje assistimos, colocam-nos dúvidas na satisfação das necessidades dos colaboradores, influenciando a motivação destes e por conseguinte os resultados e a performance das organizações.

Perante estes novos desafios que se colocam aos colaboradores, grupos e organizações laborais, é premente e legítimo afirmar que a investigação tem renovados rumos a explorar,

trazendo novos subsídios para a liderança poder implementar com vista ao incremento da motivação e consequente performance organizacional.

Concluimos aqui o enquadramento teórico que serve de suporte à nossa pesquisa. Numa primeira parte caracterizamos a atual realidade socioeconómica e profissional e os reflexos que a mesma produz na liderança e motivação profissional. Desenvolvemos também alguns capítulos onde versamos todo o crescimento e teorização que estes conceitos têm tido ao longo do último século, abordando no final o estado da arte e os possíveis subsídios que estes conceitos podem trazer para a ciência de enfermagem.

Este estudo deu-nos contributos para percebermos de onde viemos, onde estamos e para onde podemos ir, não só em termos investigacionais, mas sobretudo como podemos replicar os conhecimentos adquiridos nos nossos contextos de trabalho. Urge agora diagnosticar a nossa realidade, analisar as particularidades do fenómeno, tirar conclusões axiomáticas e propor soluções e medidas que façam crescer no seio dos enfermeiros do HAL a capacidade de liderança e a motivação profissional, como esteio para a excelência do cuidar, com reflexos esperados no desempenho e eficácia da instituição que representamos.

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA

“A dúvida é o princípio da sabedoria”.
Aristóteles

Das diferentes fases que constituem o processo de investigação, sequencialmente à conceptual, surge a metodológica que nos encaminha para o planeamento do método que vamos utilizar em campo para recolher, analisar e interpretar os dados relativos a essa problemática, obtendo resultados que nos permitem dar resposta às questões de investigação.

1.1 – MÉTODOS

“Na natureza, uma diferença na forma, traz geralmente uma diferença na função”.
Kisch

Destacamos ao longo do enquadramento teórico, a nossa preocupação em torno do resultado produzido pelas inconsistentes mutações organizacionais em contexto laboral, legadas pela globalização e secundárias às metamorfoses das estruturas socioeconómicas e políticas que a nossa sociedade tem assistido. A classe de enfermagem não é estanque nem imune a estas vicissitudes.

A motivação profissional reflete essas contingências e as exigências crescentes interpostas aos líderes de enfermagem, tornando o caminho de consolidação do papel social da profissão no estratégico setor da saúde, difícil e tortuoso. Motivação e liderança são conceitos cúmplices e próximos. A capacidade do líder de enfermagem reflete-se indubitavelmente na motivação dos enfermeiros. Por outro, a eficácia e desempenho superior dos enfermeiros motivados, contribui exponencialmente para a produtividade da instituição e competência dos seus líderes, pelo que este é um ciclo dinâmico que importa promover, pesquisar e fortalecer no seio da profissão.

Diversos estudos demonstraram a relação entre o comportamento de liderança, o contexto sociodemográfico, o ambiente organizacional, o ambiente de trabalho e a associação com a motivação profissional. Contudo essa fundamentação não espelha a nossa realidade, não nos esclarece sobre as condicionantes que operam sobre a motivação dos enfermeiros do HAL. É desta incógnita em torno da liderança e motivação dos enfermeiros do HAL, que

surge o nosso propósito em termos investigacionais, os objetivos que pretendemos atingir, as questões que carecem de resposta: *“The purpose of research is to solve the problem or to contribute to it’s solution, by accumulating relevant information”*⁶¹ (Polit & Beck, 2008, p. 81).

A liderança e a motivação em enfermagem são móveis preferenciais a investigar por parte das instâncias e associações nacionais e internacionais que nos dirigem, instando os profissionais a debruçarem-se sobre ela nas suas pesquisas: *“being a staff nurse who is subjected to different administrative strategies (...) you are well on your way to doing research on nurse’s responses to various administrative strategies”*⁶² (Wood & Ross-Kerr, 2011, p.4). O ICN e a OE são faces visíveis dessa preocupação, apoiando projetos e propondo metas investigacionais.

Enquadrada a nossa problemática e baseando-nos no enunciado interrogativo de partida que especificamos na introdução: *“Qual é a motivação profissional dos enfermeiros do Hospital Amato Lusitano – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco?”* surgem-nos quatro questões subsidiárias a investigar:

- Qual a motivação profissional dos enfermeiros do HAL da ULS - CB?
- Quais as variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam a motivação profissional dos enfermeiros do HAL?
- Quais os perfis de comportamento de liderança dos enfermeiros chefes e responsáveis do referido hospital?
- Qual a influência dos perfis de comportamento de liderança dos enfermeiros chefes e responsáveis na motivação profissional dos enfermeiros?

Conhecedores das questões de investigação que nos propomos investigar, estabelecemos de uma forma declarativa os propósitos da nossa investigação, sob a forma de objetivos de investigação:

- Avaliar a motivação profissional dos enfermeiros do HAL;
- Identificar as variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam a motivação profissional dos enfermeiros do HAL;
- Determinar os perfis de comportamento de liderança dos enfermeiros chefes e responsáveis do HAL;

⁶¹ O objetivo da pesquisa é o de resolver o problema ou contribuir para a sua solução, através da acumulação de informação relevante.

⁶² Sendo um enfermeiro que é submetido a diferentes estratégias de administração (...) você está no bom caminho para fazer uma pesquisa sobre as respostas dos enfermeiros a essas várias estratégias de administração.

- Analisar a relação entre os perfis de comportamento de liderança dos enfermeiros chefes e responsáveis e a motivação profissional dos enfermeiros do HAL.

1.1.1 - Tipo de estudo

O tipo de estudo que recorreremos para esta pesquisa, insere-se nas características de um estudo não experimental, quantitativo, transversal, descritivo-correlacional, uma vez que pretendemos estudar de que forma as variáveis sociodemográficas e o comportamento de liderança se repercutem na motivação dos enfermeiros do HAL.

É um estudo não experimental, pois desenrola-se em ambiente natural (HAL), sem que haja introdução de variáveis externas ou manipulação de variáveis existentes (sociodemográficas, profissionais e comportamento de liderança), visando apenas a obtenção de informação sobre a população e o fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

Recorreremos a uma abordagem quantitativa, pois na opinião de Fortin (2009, p. 27) este método “coloca a tónica na explicação e na predição, assenta na medida dos fenómenos e na análise dos dados numéricos”. A investigação quantitativa usará depois o raciocínio dedutivo para gerar previsões testáveis e aplicáveis na realidade (Polit & Beck, 2008).

É um estudo transversal uma vez que vai “medir a frequência de aparição de um acontecimento ou problema, numa população, num dado momento” (Fortin, 2009, p.252).

Considerando a problemática em estudo, as questões de investigação e os objetivos definidos, a análise orienta-nos para um desenho de estudo descritivo-correlacional uma vez que pretendemos, para além de descrever as características das variáveis, estabelecer relações entre as variáveis em estudo e de que forma estas relações se estabelecem (Fortin, 2009).

É um estudo explicativo, uma vez conhecidas as características das variáveis e as possíveis afinidades, “explica-se de que maneira estas variáveis estão ligadas entre si” (Fortin, 2009, p.34), ou seja de que forma as variáveis socioeconómicas, profissionais e de comportamento de liderança, influenciam a motivação dos enfermeiros do HAL.

Socorrendo-nos do quadro teórico definido e das variáveis identificadas, é nossa pretensão recolher dados verificáveis junto da amostra que elucidem sobre as relações presentes, analisando-os com a ajuda de técnicas estatísticas, facilitando a nossa compreensão sobre o fenómeno em estudo (Polit & Beck, 2008). Para a recolha desta informação, socorremo-nos de instrumentos de colheita de dados sob a forma de questionários autoaplicados, inserindo este estudo na categoria de retrospectivo.

Na figura 12 apresentamos o desenho desta investigação.

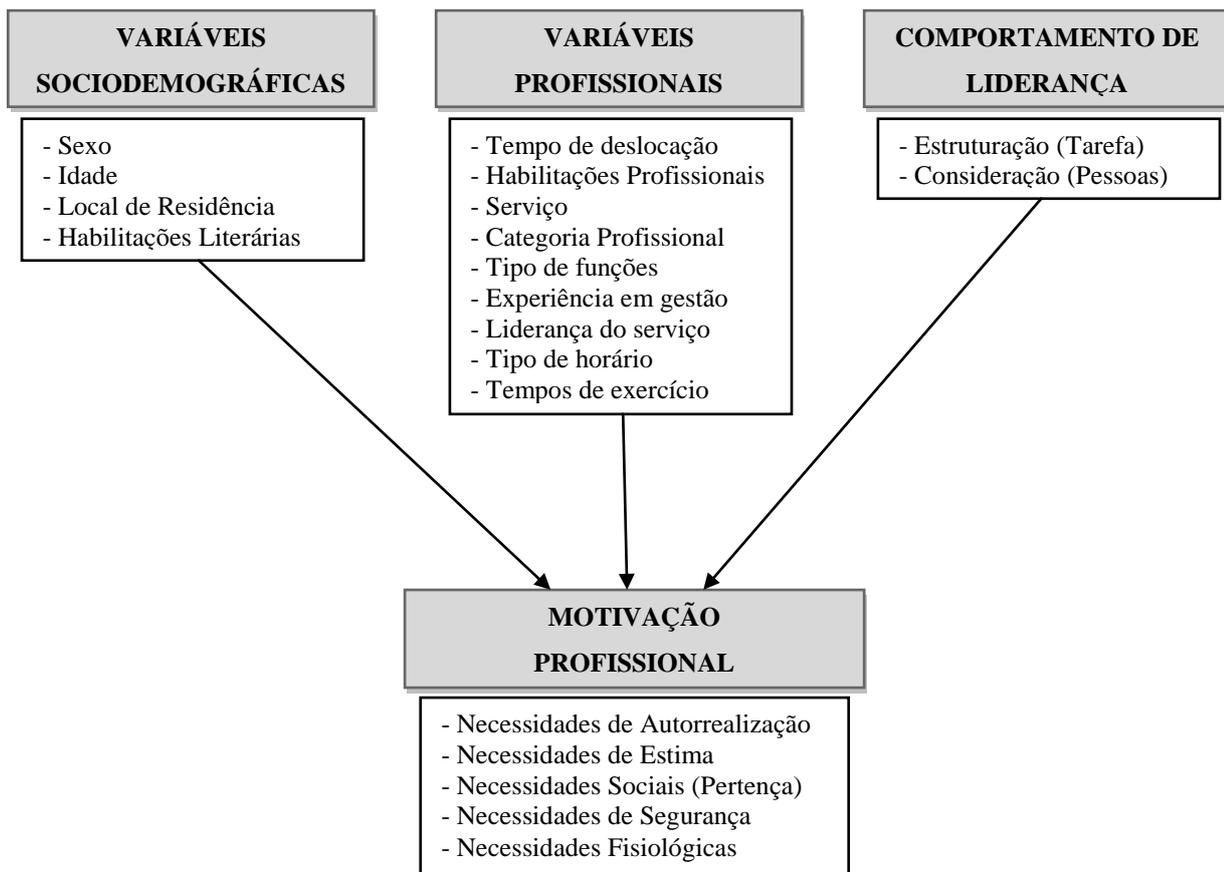


Figura 12. Desenho da Investigação

1.2 – PARTICIPANTES

“Não menospreze ninguém, pois, às vezes, a concha mais dura contém a pérola mais preciosa”.

Henkel

Tendo em mente os objetivos definidos para este estudo, por forma a espelhar a realidade do HAL, a população é constituída pelos 342 enfermeiros do hospital que estão integrados nas equipas de enfermagem lideradas por um enfermeiro-chefe ou um enfermeiro responsável, com responsabilidades diretas na sua gestão.

A amostra foi constituída pelos enfermeiros que tiveram acesso e responderam voluntariamente ao questionário, entre os dias 01 e 15 de Abril, datas estipuladas pelos investigadores para a recolha de dados para o estudo em questão. Este tipo de amostragem constitui uma amostra não probabilística por conveniência.

Foram critérios de inclusão no presente estudo:

- Ser enfermeiro no HAL;

- Estar integrado numa equipa de enfermagem liderada por um enfermeiro-chefe ou enfermeiro responsável (nomeado);
- Não desempenhar funções de chefia à data da recolha de dados;
- Aceitar responder voluntariamente ao instrumento de colheita de dados preconizado para este estudo.

A amostra final ficou constituída por 192 enfermeiros.

1.2.1 - Caracterização da amostra

Do total de 342 questionários distribuídos aos enfermeiros da prestação de cuidados, dos 21 serviços do HAL, recolhemos 195 questionários, tendo sido excluídos 3 por estarem incompletos ou por incorreções no seu preenchimento. A amostra final ficou constituída por 192 enfermeiros do HAL, o que perfaz 56,1% da população total.

Idade e género

A amostra final é constituída por 192 enfermeiros, maioritariamente do género feminino (n=145; 75,5%). No global apresentam uma idade mínima de 23 anos e máxima de 56 anos, com uma idade média de 38,63±7,78 anos. As enfermeiras apresentam uma média de idades superior (39,32±7,99 vs. 36,51±6,75 anos). Contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas (UMW=2779,000; p=0,057) (cf. tabela 1).

O teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S) revela que a distribuição não é normal, apresentando ambos os géneros e o total da amostra curvas mesocúrticas, sem enviesamentos. Os coeficientes de variação (C.V.) são coerentes com uma dispersão média (entre 15 a 30%).

Tabela 1. Estatística referente à idade

SEXO	IDADE	N	MIN	MAX	M	D.P.	C.V. (%)	SK/ ERRO	K/ ERRO	K/S
Masculino		47	23	55	36,51	6,753	18,49	0,919	0,530	0,029
Feminino		145	24	56	39,32	7,991	20,32	1,308	-1,972	0,016
Total		192	23	56	38,63	7,784	20,15	1,834	-1,647	0,001

Perante a existência de uma amplitude de variação de 33 anos, procedemos ao agrupamento da idade em classes homogéneas, criando-se 3 classes: ≤ 34 anos, 35-42 anos e ≥ 43 anos. A tabela 2 mostra os resultados após a recodificação da variável nas classes estipuladas. A maior percentagem de enfermeiros apresenta idades compreendidas entre os 35-42 anos (34,9%). No género feminino o maior número de enfermeiras apresenta 43 ou mais anos (35,9%) e, no género masculino o maior número de enfermeiros apresenta idades

compreendidas entre os 35-42 anos (42,6%). Contudo as diferenças entre os géneros e os grupos etários não são estatisticamente significativas ($X^2=3,598$; $p=0,165$).

Estado civil

Relativamente ao estado civil, verificamos que, a maioria dos enfermeiros são casados (129), representando quase 2/3 da amostra (67,2%). Os solteiros são o segundo estado civil mais representado com 34 enfermeiros (17,7%). Com percentagens menores encontramos os divorciados (8,3%; $n=16$), sendo maioritariamente enfermeiras ($n=15$; 10,3%); em união de facto (6,3%; $n=12$) e viúvo (0,5%; $n=1$).

Como existem frequências esperadas inferiores a 5 em algumas classes da variável estado civil, optou-se pela recodificação da variável em com e sem companheiro, conforme tabela 2.

Da análise dos resultados podemos salientar que quase $\frac{3}{4}$ da amostra (141 enfermeiros) tem algum tipo de relação com outra pessoa, representando 73,4%. O teste de qui-quadrado ($X^2=0,891$; $p=0,345$) demonstra que não há diferenças estatísticas significativas entre o género e estado civil, confirmadas pelos resíduos ajustados (<2).

Local de residência

A maioria dos enfermeiros referiu viver na cidade (89,1%; $n=171$), seguindo-se os residentes nas vilas (6,8%) e por último nas aldeias com apenas 8 residentes (4,2%) (cf. tabela 2). Todavia, entre o local de residência e o género não foram encontradas diferenças estatísticas significativas (*Likelihood Ratio* $\Lambda=0,016$; $p=0,992$).

Habilitações literárias

No que respeita à situação académica, a maioria dos participantes da amostra possui licenciatura (86,5%). O género feminino tem mais mestres (11% vs 8,5%). Na amostra há 5 enfermeiras com bacharelato (3,4%), existindo apenas um doutorado, representando apenas 0,5% da amostra total (cf. tabela 2). Perante a existência de classes com frequências esperadas inferiores a 5, procedeu-se à recodificação da variável em habilitações literárias ao nível da licenciatura e pós licenciatura. Os valores de qui-quadrado ($X^2=0,006$; $p=0,940$) permitem-nos concluir que não existe relação entre as variáveis.

Em síntese:

- A amostra é constituída por 192 enfermeiros do HAL, sendo 75,5% do género feminino;
- A média de idade é de $38,63 \pm 7,78$ anos;
- O grupo etário mais prevalente é o dos 35-42 anos;

- Quase ¾ da amostra total (73,4%) tem algum tipo de relação com um companheiro(a), vivendo a maioria (89,1%) na cidade;
- A habilitação literária mais prevalente é a licenciatura, com 86,5%, representando 166 enfermeiros.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra em função do gênero

VARIÁVEL	SEXO		FEMININO		TOTAL		RESIDUAIS	
	MASCULINO		N	%	N	%	MASC.	FEM.
	(47)	(24,5)	(145)	(75,5)	(192)	(100)		
Grupo etário								
≤ 34 anos	17	36,2	46	31,7	63	32,8	0,6	- 0,6
35-42 anos	20	42,6	47	32,4	67	34,9	1,3	- 1,3
≥ 43 anos	10	21,3	52	35,9	62	32,3	-1,9	1,9
Estado Civil								
Sem companheiro	10	21,3	41	28,3	51	26,6	-0,9	0,9
Com companheiro	37	78,7	104	71,7	141	73,4	0,9	-0,9
Local Residência								
Aldeia	2	4,3	6	4,1	8	4,2	0	0
Vila	3	6,4	10	6,9	13	6,8	-0,1	0,1
Cidade	42	89,4	129	89	171	89,1	0,1	-0,1
Habilit. Literárias								
Bacharelato	0	0	5	3,4	5	2,6	-1,3	1,3
Licenciatura	42	89,4	124	85,5	166	86,5	0,7	-0,7
Mestrado	4	8,5	16	11	20	10,4	-0,5	0,5
Doutoramento	1	2,1	0	0	1	0,5	1,8	-1,8

1.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

*“ Quis, quid, ubi, quibus auxiliis, cur, quomodo, quando?
 Quem, quē, onde, por que meios, porquē, como, quando?”
 Quintiliano*

O tipo de estudo e variáveis em análise permite utilizar como instrumento de colheita de dados, um questionário autoaplicado uma vez que constituem instrumentos reconhecidos pela sua precisão, segurança, uniformidade e objetividade das respostas. Outras vantagens incluem a sua natureza impessoal, o garante de anonimato e confidencialidade e a facilidade de distribuição, mesmo em grandes populações com reduzido espaço de tempo e com comodidade para o investigador. Pelo lado dos inconvenientes poderemos ser confrontados com baixa taxa de resposta e elevada taxa de dados em falta, o que apela à criatividade e insistência do investigador (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2008; Wood & Ross-Kerr, 2011).

O questionário autoaplicado elaborado (cf. apêndice A) compreende três partes. Apresenta um breve texto introdutório onde se refere a finalidade do questionário, a garantia de anonimato, a confidencialidade, apelo à participação e algumas indicações considerados úteis ao preenchimento do mesmo.

A primeira parte refere-se à caracterização sociodemográfica e profissional da amostra. Segue-se uma escala sobre o comportamento de liderança dos enfermeiros chefe e enfermeiros responsáveis (adaptado de Jesuíno, 2005) e uma terceira parte constituída por uma escala sobre a motivação profissional (adaptada de Dias, 2001).

1.3.1 – Parte I: Dados sociodemográficos e profissionais

A primeira parte do questionário permite a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra e é constituída por dezasseis questões.

As primeiras 5 perguntas permitem a recolha de dados pertinentes sobre o perfil demográfico do enfermeiro, com base em dados genéricos, permitindo a recolha sobre o **sexo, idade, estado civil, local de residência e habilitações literárias**.

As 11 perguntas seguintes, mais específicas, permitem conhecer o perfil profissional do participante quer em termos de competências adquiridas, quer em termos de funções desempenhadas. Permite-nos recolher dados sobre **tempo despendido na deslocação** entre o seu domicílio e o HAL, as **habilitações profissionais** adquiridas ao longo da sua carreira, **serviço** onde exerce funções e **categoria profissional** que detém. Também questiona que **tipo de funções** que exerce, a **experiência passada em gestão**, a **liderança do serviço**, o **tipo de horário** que pratica, **tempos de exercício profissional**, forma de **ingresso no atual serviço** onde presta funções e o **regime de trabalho** pelo qual está contratado (cf. quadro 19)

Quadro 19. Operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais

ATRIBUTOS	INDICADORES
Sexo	Feminino; Masculino
Idade	Anos de vida (descriminado)
Estado civil	Solteiro; União de fato; Casado; Divorciado; Viúvo
Local de residência	Aldeia; Vila; Cidade
Tempo despendido na deslocação	Tempo em minutos (descriminado)
Habilitações literárias	Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento
Habilitações profissionais	Pós-graduação; Especialização; Ambas (descriminado)
Serviço onde exerce funções	Serviço do HAL (descriminado)
Categoria profissional	Enfermeiro; Enfermeiro Especialista
Tipo de funções que exerce	Prestação; Gestão; Ambas
Experiência passada de gestão do serviço	Sim; Não
Liderança do serviço	Enfermeiro-Chefe; Enfermeiro Responsável
Horário de trabalho	Fixo; Rotativo
Tempo de exercício profissional	Profissão; Hospital; Serviço (descriminado)
Ingresso no serviço	Vontade do próprio; Sugestão instituição; Conveniência instituição; Outra (descriminado)
Regime de trabalho	Contrato funções públicas tempo indeterminado; Contrato individual trabalho sem termo; contrato de trabalho com termo; Outro (descriminado)

1.3.2 – Parte II: Questionário de Descrição do Comportamento do Líder

O questionário *Leader Behavior Description Questionnaire* (LBDQ), forma XII de Stogdill de 1963, foi adaptado para a população portuguesa por Jesuíno (2005), e deriva dos Estudos de Ohio. Pretende descrever o comportamento do líder através da percepção dos colaboradores em relação à liderança. A versão utilizada neste estudo foi adaptada por Carneiro (2009) para a população de enfermagem, com modificação dos termos *profissionais de enfermagem* em substituição dos originais, *enfermeiros* em vez de *pessoas*, *enfermeiro-chefe* em permuta de *líder* e *grupos de enfermeiros* por transposição de *membros do grupo*.

É constituído por 20 itens e aborda duas dimensões em duas subescalas: a subescala *estruturação* (itens 1-10) e a subescala de *consideração* (itens 11-20)

- **Estruturação:** Centrado no trabalho, focando-se na execução da tarefa;
- **Consideração:** Centrado no homem, focando-se nas necessidades das pessoas e no desenvolvimento de relações.

Os itens estão colocados numa escala tipo *Likert*, constituída por 20 itens de resposta fechada, com escala de concordância de 1 a 5, em que 1 corresponde a *Nunca*, 2 - *Raramente*, 3 - *Por Vezes*, 4 - *Com Frequência* e 5 - *Sempre*. Os itens de 1 a 10 correspondem à dimensão *Estruturação* (máximo 50 pontos) e os itens de 11 a 20 à dimensão *Consideração* (50 pontos), sendo a pontuação máxima da escala de 100 pontos. Dos 20 itens que constituem a escala, alguns apresentam a pergunta formulada pela negativa (itens 11, 12, 13 e 14), pelo que a sua cotação deverá ser invertida.

Na pesquisa que realizamos não nos foi possível encontrar referências quanto aos pontos de corte sugeridos pelo autor, pelo que optamos por estabelecê-los tendo por base o Método 1 preconizado por Pestana & Gageiro (2008): [Média±0,25*Desvio Padrão]. Os valores obtidos através deste método, produziram a seguinte classificação:

Quadro 20. Pontes de corte das subescalas do questionário LBDQ

PERFIL DE COMPORTAMENTO	DESCRIÇÃO	PONDERAÇÃO
Estruturação	Baixo	≤ 32
	Moderado	33-35
	Elevado	≥ 36
Consideração	Baixo	≤ 33
	Moderado	34-36
	Elevado	≥ 37

A soma dos valores referentes a cada um dos tipos de comportamento de liderança permite obter um valor total representativo do posicionamento do líder de enfermagem no que

respeita ao seu comportamento de estruturação e comportamento de consideração, numa forma independente.

A dimensão **Estruturação** reflete a amplitude da interação entre o enfermeiro líder e os enfermeiros no sentido de atingir os objetivos. Quanto mais elevada a pontuação nesta dimensão maior é a orientação do enfermeiro líder para atividades relacionadas com a tarefa. A motivação pode ser importante para o enfermeiro líder mas não é a sua principal preocupação, que gira em torno da racionalidade, do planeamento, das regras e controlo. Exerce primordialmente um poder formal e aproxima-se do conceito de gestor.

A dimensão **Consideração** reflete a amplitude com que o enfermeiro líder considera os sentimentos e emoções dos enfermeiros. Quanto mais elevada a pontuação, maior é a orientação do enfermeiro líder para as atividades relacionadas com o bem-estar dos colaboradores. É um dirigente mais emocional e dinâmico, preocupado com a comunicação, confiança, necessidades e motivações dos enfermeiros da sua equipa. Exerce primordialmente com base na influência e na relação, aproximando-se do conceito de líder.

As duas dimensões são independentes e obtidas separadamente, permitindo diversas combinações, podendo um líder ter elevadas pontuações em ambas, só numa ou baixas nas duas dimensões. A pesquisa revelou que o comportamento com elevada estruturação e consideração é o que contribui com maiores índices de eficácia, produtividade, motivação e satisfação. No quadro 20 apresentamos a operacionalização desta variável.

Quadro 21. Operacionalização da variável Descrição do Comportamento de Liderança

VARIÁVEL	CATEGORIA	OPERACIONALIZAÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
DESCRIÇÃO DO COMPORTAMENTO DE LIDERANÇA	Estruturação	Questionário LBDQ Questões 1 - 10	1: Nunca
			2: Raramente
			3: Por Vezes
			4: Com frequência
			5: Sempre
	Consideração	Questionário LBDQ Questões 11- 20	1: Nunca
			2: Raramente
			3: Por Vezes
			4: Com frequência
			5: Sempre

Estudo psicométrico do questionário de Descrição do Comportamento do Líder

O questionário LBDQ encontra-se publicado, pelo autor responsável pela tradução e validação para a língua portuguesa, no livro “Processos de Liderança” (Jesuino, 2005). Desenvolvemos esforços no sentido de requerer autorização de utilização mas os mesmos revelaram-se infrutíferos. Contatamos via telefone e via eletrónica, a autora da adaptação para

a população de enfermeiros (Carneiro, 2009) que nos concedeu autorização para a sua utilização (cf. anexo A).

Efetuamos a avaliação das qualidades psicométricas através da avaliação da fidelidade e de validade, tidas como qualidades essenciais a qualquer instrumento de medida. Não se avaliam com base na sua presença ou ausência, mas sim em termos de graus, aplicando-se tanto a novos instrumentos como instrumentos traduzidos ou utilizados em populações diferentes. Ambas as qualidades estão interrelacionadas porque na opinião de Fortin (2009, p.360) “a fidelidade provoca a validade”. Se um instrumento tem um grau de fidelidade elevado, a validade tem probabilidade de ser elevada (erro de medida fraco).

A validade proporciona-nos o grau de precisão com que o conceito é medido, isto é se mede corretamente o que é suposto medir. A fidelidade refere-se à precisão e uniformidade do instrumento para medir algo de forma constante, produzindo resultados comparáveis em situações comparáveis (Fortin, 2009; Pestana & Gageiro, 2008).

Dos diversos critérios para avaliar a fidelidade, um dos principais, é a consistência interna, que parte do princípio que o instrumento mede vários aspetos de um só conceito, pressupondo-se a existência de concordância e homogeneidade entre todos os enunciados individuais que o constituem (Fortin, 2009; Pestana & Gageiro, 2008).

Para o estudo da consistência interna (homogeneidade) da escala LBDQ realizamos:

- Determinação do *Coeficiente Alfa (α) de Cronbach*, tida como técnica mais utilizada para apreciar a consistência interna e que permite determinar até que ponto cada enunciado da escala mede um dado conceito da mesma forma que os outros, variando o seu valor entre 0,00 e 1,00, sendo que quanto mais próximo de 1,00, tanto maior será a consistência interna (Fortin, 2009; Pestana & Gageiro, 2008);
- Determinação do *Coeficiente de Bipartição (Split-Half)* que divide os itens de uma escala em dois grupos e analisa a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos, confirmando se metade dos itens é tão consistente a medir o constructo da escala como a outra metade.
- Determinação do *Coeficiente de Correlação de Pearson* que nos permite estabelecer um grau de correlação entre cada item da escala e o score total (Fortin, 2009)

Apresentamos na tabela 3 os resultados das estatísticas (média e desvio-padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, elucidando-nos da forma como cada item se combina com o valor global.

Tabela 3. Consistência interna do questionário LBDQ

N.º	ITENS	M	DP	CORRELAÇÃO ITEM/TOTAL	α (SEM ITEM)
1	Tem atitudes claras para com o grupo.	3,63	0,866	0,815	0,937
2	Distribui atividades específicas aos diferentes membros do grupo de enfermeiros/as.	3,60	0,989	0,639	0,940
3	Estabelece prazos para as atividades de enfermagem a realizar.	3,10	1,049	0,571	0,941
4	Define padrões de atuação.	3,13	1,034	0,763	0,937
5	Insiste no uso de procedimentos de enfermagem uniformes.	3,56	0,982	0,636	0,940
6	Insiste para que os/as enfermeiros/as sigam as regras estabelecidas.	3,81	0,827	0,523	0,941
7	Informa os/as enfermeiros/as sobre o que se espera deles.	3,11	0,997	0,700	0,938
8	Decide sobre o que deve ser feito e como deve ser feito.	3,39	0,916	0,584	0,940
9	Certifica-se que o seu papel no serviço é compreendido por todos/as os/as enfermeiros/as.	3,40	1,041	0,641	0,940
10	Ensaia as ideias com o grupo de enfermeiros/as.	2,96	0,978	0,717	0,938
11	Esforça-se pouco para que se torne agradável ser membro deste grupo de enfermeiros/as.	3,39	1,155	0,328	0,946
12	Guarda as informações para si.	3,31	1,068	0,574	0,941
13	Recusa-se a explicar as suas decisões.	3,64	1,031	0,681	0,939
14	Decide sem consultar os/as enfermeiros/as.	3,34	0,986	0,691	0,939
15	Trata todos/as enfermeiros/as como iguais.	3,47	1,113	0,748	0,938
16	É aberto/a à mudança.	3,48	1,025	0,703	0,938
17	É simpático/a e acessível.	4,02	0,840	0,634	0,940
18	É capaz de por em prática sugestões do grupo de enfermeiros/as.	3,57	0,885	0,724	0,938
19	Informa com antecedência sobre mudanças a efetuar.	3,48	0,888	0,751	0,938
20	Preocupa-se com o bem pessoal dos/as enfermeiros/as.	3,68	0,929	0,692	0,939
Coefficiente de Bipartição (Split-Half)		1.ª Metade = 0,923			
		2.ª Metade = 0,916			
Coefficiente Alfa de Cronbach Global		0,942			

Conforme é observável na tabela 3, os valores de Alfa de Cronbach podem ser classificados de muito bons, variando entre 0,937 e 0,946. Os coeficientes de correlação item corrigido/total apresentam o item 11 como o menos homogêneo face aos outros itens ($r=0,328$; $\alpha=0,946$).

O item 1 apresenta o valor de correlação máxima ($r=0,815$). Os valores médios e respetivos desvio-padrão de cada um dos itens, possibilitam afirmar que se encontram bem centrados. O coeficiente de bipartição (split-half) revelou valores de Alfa de Cronbach ligeiramente mais baixos que o Alfa de Cronbach global (0,942), obtendo a primeira metade um valor de 0,923 e a segunda metade um valor de 0,916.

Comparativamente ao estudo efetuado por Jesuíno (2005), obtemos valores significativamente mais elevados do Alfa de Cronbach global (0,942 vs 0,776), com o autor a obter coeficientes de correlação item corrigido/total menores, variando entre 0,230 (item 3) e

0,711 (item 20) para um n=110. No estudo de Carneiro (2009) obteve-se um valor de Alfa de Cronbach global de 0,953, variando a correlação item corrigido/total entre 0,432 (item 3) e 0,791 (item 20) para um n=240.

Na tabela 4 apresentamos o estudo de relação entre os itens e as subescalas que constituem o questionário LBDQ. A subescala de Estruturação pretende avaliar a amplitude da interação entre o enfermeiro líder e os enfermeiros no sentido da prossecução dos objetivos da organização, relegando a motivação para segundo plano. Podemos observar que os valores de alfa variam entre os 0,909 (item 4) e 0,920 (itens 6 e 10) considerados de muito bons, com um valor global de alfa de 0,923 ligeiramente inferior ao alfa global (0,942). Os valores de split-half da primeira (0,880) e segunda metade (0,847) descem, mas ainda assim são considerados de bons indicadores da consistência interna desta subescala. O item 6 apresenta a correlação mais baixa desta subescala ($r=0,619$), sendo o item 4 ($r=0,822$) o que está mais correlacionado com a Estruturação. Também é este item 4 o que exprime maior variabilidade em relação aos demais itens (72,6%).

A subescala Consideração reflete a amplitude com que o enfermeiro líder considera os sentimentos e emoções dos enfermeiros, influenciando e promovendo a motivação destes. Nesta os valores de alfa são considerados de muito bons pois variaram entre os 0,901 (item 13) e 0,928 (item 11), com um valor global de alfa de 0,916 inferior ao alfa global. Os valores de split-half da primeira (0,828) e segunda metade (0,903) são considerados de bons a muito bons indicadores da consistência interna desta subescala. Nesta subescala de Consideração o item 18 apresenta a correlação mais elevada ($r=0,791$) exprimindo-se com 74,3% da variabilidade. O item 11 é o que apresenta a correlação mais baixa ($r=0,375$) com uma fraca variabilidade (19,9%).

Na tabela 5 apresentamos a matriz de correlação entre as subescalas comportamento de estruturação e comportamento de consideração, constituintes do LBDQ. Podemos verificar pelos valores obtidos, que a correlação das duas subescalas, comportamento de estruturação e consideração, são positivas e muito significativamente correlacionadas ($r=0,644$; $p=0,000$).

Os estudos de validade procuram avaliar se os enunciados do instrumento são representativos do domínio que o investigador quer medir. Estes estudos apreciam 3 tipos de validade: Validade de conteúdo, validade de critério e validade conceptual (constructo), sendo esta última a mais importante (Fortin, 2009). Para a determinação da validade utiliza-se a análise fatorial, tida pelos diferentes autores como o método mais utilizado e de maior reconhecimento. Decidimos neste estudo não efetuar a análise fatorial do questionário LBDQ, mantendo a estrutura fatorial obtida por Jesuíno (2005).

Tabela 4. Relação entre itens e subescalas do questionário LBDQ

N.º	ITENS	M	V	R/ITEM	R ²	α
ESTRUTURAÇÃO						
1	Tem atitudes claras para com o grupo.	30,06	46,402	0,725	0,595	0,915
2	Distribui atividades específicas aos diferentes membros do grupo de enfermeiros/as.	30,08	45,740	0,672	0,513	0,917
3	Estabelece prazos para as atividades de enfermagem a realizar.	30,59	44,939	0,688	0,545	0,917
4	Define padrões de atuação.	30,56	43,437	0,822	0,726	0,909
5	Insiste no uso de procedimentos de enfermagem uniformes.	30,13	44,900	0,749	0,649	0,913
6	Insiste para que os/as enfermeiros/as sigam as regras estabelecidas.	29,88	47,938	0,619	0,503	0,920
7	Informa os/as enfermeiros/as sobre o que se espera deles.	30,58	44,235	0,791	0,646	0,911
8	Decide sobre o que deve ser feito e como deve ser feito.	30,29	45,987	0,715	0,553	0,915
9	Certifica-se que o seu papel no serviço é compreendido por todos/as os/as enfermeiros/as.	30,28	45,120	0,680	0,530	0,917
10	Ensaia as ideias com o grupo de enfermeiros/as.	30,73	46,410	0,626	0,518	0,920
Coefficiente de Bipartição (Split-Half)		1.ª Metade = 0,880				
		2.ª Metade = 0,847				
Coefficiente Alfa de Cronbach Global		0,923				
CONSIDERAÇÃO						
11	Esforça-se pouco para que se torne agradável ser membro deste grupo de enfermeiros/as.	31,95	49,086	0,375	0,199	0,928
12	Guarda as informações para si.	32,03	46,193	0,630	0,527	0,911
13	Recusa-se a explicar as suas decisões.	31,69	44,549	0,787	0,743	0,901
14	Decide sem consultar os/as enfermeiros/as.	32,00	45,131	0,783	0,712	0,902
15	Trata todos/as enfermeiros/as como iguais.	31,86	44,725	0,709	0,613	0,906
16	É aberto/a à mudança.	31,85	44,851	0,773	0,716	0,902
17	É simpático/a e acessível.	31,31	47,462	0,719	0,616	0,906
18	É capaz de por em prática sugestões do grupo de enfermeiros/as.	31,77	46,201	0,791	0,743	0,902
19	Informa com antecedência sobre mudanças a efetuar.	31,84	46,845	0,731	0,623	0,905
20	Preocupa-se com o bem pessoal dos/as enfermeiros/as.	31,65	46,846	0,693	0,633	0,907
Coefficiente de Bipartição (Split-Half)		1.ª Metade = 0,828				
		2.ª Metade = 0,903				
Coefficiente Alfa de Cronbach Global		0,916				

Tabela 5. Correlação entre subescalas do LBDQ

SUBESCALAS	ESTRUTURAÇÃO
ESTRUTURAÇÃO	--
CONSIDERAÇÃO	0,644***

*** p<0,001

1.3.3 – Parte III: Questionário de Motivação

O *Motivation Questionnaire* de Jones & Pfeiffer de 1973 foi adaptado por Dias (2001) para a população portuguesa. Deriva da teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow, e tem por finalidade recolher a perceção da motivação sentida pelos enfermeiros no seu

ambiente de trabalho. A versão utilizada neste estudo foi adaptada por Carneiro (2009) para a população de enfermagem.

É constituído por 20 questões de resposta fechada, com escala de concordância tipo *Likert*, com quantificação de 1 a 7, em que: 1 - *Discordo Absolutamente*, 2 - *Discordo*, 3 - *Discordo Mais ou Menos*, 4 - *Não Sei*, 5 - *Concordo Mais ou Menos*, 6 - *Concordo* e 7 - *Concordo Plenamente*.

O conjunto de itens engloba os 5 grupos de necessidades da teoria de Maslow permitindo criar 5 subescalas. A pontuação da subescala sobre as necessidades de *Autorrealização* é obtida pelos itens 10, 11, 13 e 18; a de *Estima* pelos itens 6, 8, 14, e 17; a de *Sociais (Pertença)* através dos itens 5, 7, 12 e 15; a de *Segurança* pelos itens 2, 3, 9 e 19; a das necessidades *Fisiológicas* através dos itens 1, 4, 16 e 20. A pontuação máxima possível de obter em cada subescala é de 28 pontos, produzindo um máximo de 140 pontos. Na pesquisa não nos foi possível encontrar referências quanto aos pontos de corte sugeridos pelos autores, pelo que estabelecemo-lo recorrendo ao Método 2 preconizado por Pestana & Gageiro (2008): [Mediana±0,25*Amplitude Inter-quartil]. Os valores obtidos através deste método, produziram a seguinte classificação (cf. quadro 22):

Quadro 22. Pontes de corte das subescalas do questionário LBDQ

MOTIVAÇÃO	DESCRIÇÃO	PONDERAÇÃO
Motivação Global	Pouco motivado	≤ 108
	Motivado	109-113
	Muito motivado	≥ 114

A soma dos valores referentes a cada uma das dimensões permite obter um valor representativo da força relativa de cada uma das necessidades da Teoria de Maslow em relação ao comportamento organizacional apresentado no enquadramento teórico. Por comparação, poderemos perceber quais as necessidades com maior ou menor uso e qual o nível de satisfação de necessidades dos enfermeiros que participaram no estudo. No quadro 23 apresentamos a operacionalização da variável Motivação.

Quadro 23. Operacionalização da variável Motivação

VARIÁVEL	CATEGORIA	OPERACIONALIZAÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
MOTIVAÇÃO	NECESSIDADES DE AUTOREALIZAÇÃO	Questionário da Motivação Questões: 10, 11, 13 e 18	1: Discordo Absolutamente
			2: Discordo
			3: Discordo Mais ou Menos
			4: Não Sei
			5: Concordo Mais ou Menos
			6: Concordo
			7: Concordo Plenamente
	NECESSIDADES DE ESTIMA	Questionário da Motivação Questões: 6, 8, 14, e 17	1: Discordo Absolutamente
			2: Discordo
			3: Discordo Mais ou Menos
			4: Não Sei
			5: Concordo Mais ou Menos
			6: Concordo
			7: Concordo Plenamente
	NECESSIDADES SOCIAIS (PERTENÇA)	Questionário da Motivação Questões: 5,7,12 e 15	1: Discordo Absolutamente
			2: Discordo
			3: Discordo Mais ou Menos
			4: Não Sei
			5: Concordo Mais ou Menos
			6: Concordo
7: Concordo Plenamente			
NECESSIDADES DE SEGURANÇA	Questionário da Motivação Questões: 2,3,9 e 19	1: Discordo Absolutamente	
		2: Discordo	
		3: Discordo Mais ou Menos	
		4: Não Sei	
		5: Concordo Mais ou Menos	
		6: Concordo	
		7: Concordo Plenamente	
NECESSIDADES FISIOLÓGICAS	Questionário da Motivação Questões: 1, 4, 16 e 20	1: Discordo Absolutamente	
		2: Discordo	
		3: Discordo Mais ou Menos	
		4: Não Sei	
		5: Concordo Mais ou Menos	
		6: Concordo	
		7: Concordo Plenamente	

Estudo Psicométrico do *Motivation Questionnaire*

O *Motivation Questionnaire* foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Dias (2001). Efetuamos algumas diligências no sentido de tentar obter contatos para requerer autorização de utilização mas as mesmas não produziram resultados. Contatamos via telefone e via eletrônica, a autora da adaptação para a população de enfermeiros (Carneiro, 2009) que nos concedeu a respetiva autorização para a sua utilização (cf. anexo A).

Para o estudo da consistência interna do *Motivation Questionnaire* realizámos a determinação do Alfa de Cronbach e o coeficiente de Bipartição (*Split-half*).

Tabela 6. Consistência interna da escala *Motivation Questionnaire*

N.º	ITENS	M	DP	CORRELAÇÃO ITEM/TOTAL	α (SEM ITEM)
1	Deveriam ser atribuídos aumentos salariais específicos aos/as enfermeiros/as com muito bom desempenho.	5,31	1,665	0,354	0,804
2	A existência de protocolos de atuação ajudava os/as enfermeiros/as a saberem melhor aquilo que esperam deles.	6,04	1,025	0,552	0,794
3	Os/As enfermeiros/as deveriam ser informados/as de que as suas atividades dependem da forma de trabalho e da eficiência e eficácia da sua instituição.	5,55	1,170	0,572	0,791
4	Os/As Enfermeiros/as Chefes deveriam dar mais atenção às condições físicas do trabalho dos/as enfermeiros/as do serviço.	5,84	1,037	0,635	0,790
5	Os/As Enfermeiros Chefes deveriam trabalhar muito no sentido de criar uma boa e amigável atmosfera de trabalho e relacionamento entre os/as enfermeiros/as.	6,27	0,921	0,520	0,796
6	O reconhecimento individual de performance acima da média, tem muito significado para os/as enfermeiros/as.	5,52	1,184	0,529	0,793
7	Os enfermeiros chefes que são indiferentes, magoam frequentemente os sentimentos dos/as enfermeiros/as.	5,33	1,389	0,254	0,809
8	Os/As enfermeiros/as pretendem sentir que as suas capacidades e técnicas estão a ser aplicadas e respeitadas no seu desempenho.	5,97	0,883	0,338	0,804
9	Os benefícios e prémios, como sentimento de pertença, dados pela instituição à antiguidade dos/as enfermeiros/as é uma atitude importante.	5,16	1,409	0,448	0,797
10	Praticamente todas as atividades e serviços poderiam ser feitos numa forma mais estimulante e competitiva.	5,30	1,331	0,452	0,797
11	A maior parte dos/as enfermeiros/as querem dar o seu melhor em tudo aquilo que fazem.	5,46	1,202	0,086	0,816
12	A direção da instituição podia mostrar mais interesse pelos/as enfermeiros/as, se organizasse ou fizesse patrocínio de ações sociais e recreativas extralaborais.	5,30	1,418	0,456	0,796
13	O orgulho pelo desempenho pessoal é atualmente uma importante recompensa.	5,25	1,422	0,145	0,815
14	Os/As enfermeiros/as gostam de poder pensar que são os/as “melhores” no seu desempenho.	4,78	1,348	0,379	0,801
15	A qualidade dos relacionamentos informais entre os enfermeiros é muito importante.	5,71	1,170	0,380	0,801
16	Se houvesse incentivos financeiros, a performance do desempenho dos/as enfermeiros/as seria melhor.	5,36	1,462	0,358	0,803
17	A visibilidade dos/as enfermeiros/as por parte dos superiores hierárquicos de topo é importante.	5,59	1,237	0,422	0,799
18	Os/as enfermeiros/as geralmente gostam de programar as suas próprias atividades e de tomar as decisões associadas a essas atividades com um mínimo de intervenção dos seus Enfermeiros/as Chefes.	4,72	1,336	0,220	0,810
19	A segurança de pertencer ao quadro da função pública é importante para os/as enfermeiros/as.	5,62	1,431	0,354	0,803
20	Ter bom equipamento e material em qualidade e quantidade para trabalhar é importante para os/as enfermeiros/as.	6,34	0,797	0,324	0,804
Coeficiente de Bipartição (Split-Half)		1.ª Metade = 0,769			
		2.ª Metade = 0,663			
Coeficiente Alfa de Cronbach Global		0,809			

Analisando os valores da tabela 6, o Alfa de Cronbach global poderá ser classificado de bom (0,809), com o alfa a variar entre 0,790 (item 4) e 0,816 (item 11). Os coeficientes de correlação item corrigido/total apresentam os itens 11 e 13 como os menos homogêneos face aos outros itens ($r=0,086$; $\alpha=0,816$ e $r=0,145$; $\alpha=0,815$, respetivamente). Na opinião de Pestana & Gageiro (2005) quando um item tem uma correlação fraca e um alfa que aumenta com a sua eliminação, a supressão desse item aumentaria a consistência interna do fator.

Ponderamos a exclusão destes itens mas como tal alteraria a estrutura fatorial preconizada pelo autor da escala, optamos por mantê-los.

O item 4 apresenta o valor de correlação máxima ($r=0,635$). Os valores médios e respetivos desvios-padrão de cada um dos itens, possibilitam-nos afirmar que se encontram centrados. O coeficiente de bipartição (split-half) revelou valores de Alfa de Cronbach ligeiramente mais baixos que o Alfa de Cronbach global (0,809), obtendo a primeira metade 0,769 e a segunda metade 0,663.

Comparativamente à análise efetuada por Carneiro (2009), obtivemos valores do Alfa de Cronbach global similares (0,809 vs 0,808), com o autor a obter coeficientes de correlação item corrigido/total mais baixos, variando entre 0,242 (item 7) e 0,499 (item 6) para um $n=240$. Em termos de estudos de validade decidimos não efetuar a análise fatorial do *Motivation Questionnaire*, mantendo a estrutura fatorial obtida pelo autor da escala.

1.4 – PROCEDIMENTOS

*“Sou inimigo das explicações longas:
elas enganam a quem as dá ou a quem as ouve, em geral a ambos”.*
J. Goethe

Antes da aplicação no terreno do plano delineado para a pesquisa, há todo um conjunto de diligências preliminares que o investigador deve respeitar previamente à recolha dos dados pertinentes para o estudo em questão.

Procedimentos de recolha de dados

Antes de procedermos à recolha de dados propriamente dita, efetuamos um pré-teste a 10 participantes, enfermeiros do HAL, com o intuito de perceber quais as dificuldades inerentes ao preenchimento das partes constituintes do questionário.

Um participante referiu dúvidas na questão 5 sobre o tempo gasto na deslocação para o hospital, sendo informado que seria o tempo gasto pelo método de deslocação que usava mais frequentemente. Essa informação foi igualmente reproduzida junto dos participantes da população alvo, no momento da entrega dos questionários. Todos os outros participantes no pré-teste referiram não ter dúvidas no preenchimento, apenas manifestaram preocupação pelo elevado número de perguntas e demora no seu preenchimento.

Distribuímos 342 questionários em envelope fechado aos enfermeiros do HAL da ULS - CB, em 01 de Abril de 2013, estipulando como data limite de recolha e entrega, o dia 15 de Abril de 2013. No momento da entrega, privilegiamos um contacto direto com os enfermeiros presentes, os respetivos enfermeiros chefes e os responsáveis de serviço. Após uma breve

explicação sobre o estudo, âmbito, objetivos e data prevista de recolha dos questionários, solicitamos a todos a sua colaboração.

Durante o período de tempo, entre a entrega e a recolha, efetuamos algumas passagens pelos serviços, reforçando o pedido de colaboração no estudo aos enfermeiros presentes. Na data limite de entrega, após a recolha dos questionários, deixamos em todos os serviços um agradecimento por escrito, agraciando todos os participantes, pela disponibilidade demonstrada.

Procedimentos éticos

A Bioética estabeleceu há muito, os princípios aplicáveis aos seres humanos, em termos investigacionais. A tarefa de obter dados de uma forma metódica e uniforme junto de pessoas, exige o desenvolvimento e a aplicação de procedimentos que assegurem que o estudo respeita os princípios éticos, os direitos e liberdades dos participantes no estudo: *“Each aspect of the study plan needs to be scrutinized to determine whether the rights of the subjects have been adequately protected”*⁶³ (Polit & Beck, 2008, p. 68).

Relembrando a característica não experimental do presente estudo, onde não há manipulação nem tão pouco experimentação, minimizamos o risco, em termos éticos, de colidirmos com os direitos do homem, defendidos pelas declarações e convenções universais.

Salientamos, dos vários direitos aplicáveis ao domínio da pesquisa científica, o direito de anonimato e confidencialidade na proteção dos dados recolhidos e o respeito pela liberdade e autonomia dos participantes, ambos consagrados e respeitados no momento da colheita de dados pela forma de distribuição e constructo dos instrumentos utilizados e pela autonomia da escolha voluntária em querer participar.

Como fundamento legal e eticamente ratificado, pedimos autorização junto do Conselho de Administração e Comissão de Ética do HAL, para desenvolver este estudo, precisando no pedido qual o âmbito da pesquisa, participantes, instrumento e recursos envolvidos, tendo sido entregue nesta instituição em 12/02/2013.

O pedido formal foi aprovado e dado o seu conhecimento aos responsáveis desta pesquisa, em 28 de Março de 2013, (cf. anexo B). Após esta autorização formal e conforme o indicado pelo Conselho de Administração e Comissão de Ética, realizamos um contacto prévio e personalizado com todos os enfermeiros chefes e responsáveis, explicando o estudo,

⁶³ Cada aspeto do estudo necessita de ser avaliado para determinar se os direitos dos sujeitos estão adequadamente protegidos.

o seu âmbito, objetivos e data prevista de início de entrega e recolha de questionários nos serviços aos enfermeiros das diferentes equipas.

1.5 – ANÁLISE DE DADOS

*“Observar pouco e raciocinar muito, leva ao engano.
Observar muito e raciocinar pouco leva à verdade.”*

A. Carrel

Com recurso ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) v.21, procedemos à análise estatística descritiva e analítica dos dados recolhidos. Essa análise é apresentada em tabelas de acordo com a sequência do instrumento de recolha de dados, facilitando a compreensão e interpretação. A fonte dos dados inseridos nessas tabelas não foi citada, pois toda a informação foi obtida a partir da aplicação do instrumento de recolha de dados junto dos enfermeiros do HAL. Tendo em linha de consideração as características das variáveis em estudo, recorremos à estatística descritiva, para determinar as frequências absolutas e percentuais, as medidas de tendência central como a *média* e *mediana*, as medidas de variabilidade e dispersão como o *desvio padrão*, *amplitude de variação* e *coeficiente de variação* e as medidas de enviesamento (*skewness*) e achatamento (*kurtosis*).

A medida de assimetria obtém-se através do quociente entre *skewness* e o *erro padrão* (SK/EP). Se o SK/EP variar entre -2 e +2, considera-se que estamos perante uma distribuição simétrica. Já se o valor for inferior a -2, a distribuição é assimétrica, com enviesamento à direita; se superior a +2 é assimétrica com enviesamento à esquerda. A medida de achatamento obtém-se através do quociente entre *kurtosis* e o *erro padrão* (K/EP). Se o K/EP variar entre -2 e +2, considera-se que a distribuição é mesocúrtica. Já se o valor for inferior a -2, a distribuição é mais achatada que o normal ou seja platicúrtica; se superior a +2 é menos achatada que o normal, é leptocúrtica (Pestana & Gageiro, 2008). Conforme o recomendado, os testes de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* (K/S), *skewness* e *kurtosis*, foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

No que concerne à análise bivariada, recorremos ao teste de *percentagem residual*, que nos dá as diferenças percentuais de variável em variável, em detrimento do teste de *qui-quadrado* (X^2), que em determinadas variáveis não é possível o seu uso. O uso dos valores residuais em variáveis nominais é considerado por Pestana & Gageiro, (2008) como mais potente que o teste de qui-quadrado, uma vez valores elevados inferem uma relação de dependencia entre as duas variáveis. Para um $p=0,05$, estes autores consideram um valor de

referencia ≥ 2 , como detentor de diferença estatística significativa, respeitando os pressupostos recomendados para a sua aplicabilidade. Quando o teste de qui-quadrado não pode aplicar, recorre-se em alternativa ao teste de Fisher e ao *Rácio de Verosimilhança (Likelihood Ratio)*.

O *coeficiente de variação (CV)* é uma medida de dispersão relativa que permite comparar a variabilidade de duas variáveis, obtendo-se pelo quociente entre o desvio padrão e a média amostral, multiplicado por 100 (expressão em percentagem). Os seus resultados devem, de acordo com Pestana & Gageiro, (2008, p.81) ser interpretados do seguinte modo:

- Dispersão Fraca: $CV \leq 15\%$;
- Dispersão Média: $15\% < CV \leq 30\%$
- Dispersão Elevada $CV > 30\%$.

No que respeita à estatística inferencial, fizemos uso da estatística paramétrica e não paramétrica. A utilização de testes paramétricos requer a presença simultânea de duas condições:

- As variáveis de natureza quantitativa possuem distribuição normal;
- As variâncias populacionais serem homogéneas.

Uma distribuição normal é simétrica, mesocúrtica e 95% das suas observações encontram-se a dois desvios padrões da média. Para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis recorremos ao teste não paramétrico de aderência à normal de *Kolmogorov-Smirnov (K-S)* que permite inferir sobre a normalidade em amostras aleatórias. Na opinião de Pestana & Gageiro, (2008, p.119) “não se rejeita a normalidade a 5% quando o nível de significância (sig.) deste teste é superior a 0,05.”

Embora menos potentes, os testes não paramétricos foram utilizados quando as condições de aplicabilidade dos testes paramétricos não se verificavam, nomeadamente quando não tínhamos grupos homogéneos, ou seja, recorremos a estes testes quando o quociente entre o a amostra maior (N) e a amostra menor (n) foi $> 1,6$ (Pestana & Gageiro, 2008). Em termos de testes paramétricos e não paramétricos aplicados, destacamos:

- Testes *t de Student* ou teste de *U Mann-Whitney (UMW)*: comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais (Pestana & Gageiro, 2008);
- *Análise de variância a um factor (ANOVA)*: comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), ou seja, analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do factor são ou não

iguais entre si. O teste ANOVA é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Contudo, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do factor, recorre-se habitualmente aos testes *Post Hoc*, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2008);

- Teste *Kruskal-Wallis*: é uma alternativa não paramétrica ao teste ANOVA, para verificar se as distribuições têm o mesmo parâmetro de localização. Exige que as distribuições tenham igual forma (Pestana & Gageiro, 2008);
- *Regressão* é um modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - Xs) informando sobre as margens de erro dessas previsões. No fundo permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são predictoras da variável dependente. Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efectuamos uma *Regressão Linear Simples*. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efectuamos a *Regressão Múltipla*. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão. Em relação às correlações de Pearson que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana e Gageiro (2008, p.181) sugerem que:
 - Associação muito baixa: $r < 0.2$
 - Associação baixa: $0.2 \leq r \leq 0.39$
 - Associação moderada: $0.4 \leq r \leq 0.69$
 - Associação alta: $0.7 \leq r \leq 0.89$
 - Associação muito alta: $0.9 \leq r \leq 1$
- *Coefficiente de Correlação de Pearson*: é uma medida de correlação, que se aplica a variáveis quantitativas e assume uma relação linear entre as variáveis e que os dados provêm de distribuições normais. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos duma

variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por *coeficiente de determinação* (R^2) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto R como R^2 não exprimem relações de causalidade (Pestana e Gageiro, 2008);

- Teste de *Qui Quadrado* (X^2): tanto o teste de qui-quadrado como os resíduos ajustados estandarizados permitem analisar a relação de independência entre variáveis qualitativas. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandarizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (Pestana & Gageiro, 2008).

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

- Diferença estatística significativa: $p < 0.05$
- Diferença estatística bastante significativa: $p < 0.01$
- Diferença estatística altamente significativa: $p < 0.001$
- Diferença estatística não significativa: $p \geq 0.05$ n.s.

Assentes estas considerações metodológicas quanto à análise preconizada para o estudo dos dados, iniciamos no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

2 - RESULTADOS

“As estatísticas são seres humanos sem as lágrimas”.

P. Brodeur

Pretendemos neste capítulo apresentar, descrever e interpretar os dados recolhidos nas etapas anteriores, à luz das técnicas de análise estatística. A análise aqui inscrita pretende dar respostas às questões de investigação que levantamos e ajudar-nos a atingir os objetivos de investigação propostos.

2.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

“Quot capita, tot sensus”

“Tantas cabeças, quantas as opiniões”.

Terêncio

Neste primeiro subcapítulo apresentaremos a estatística descritiva, expondo os dados recolhidos de uma forma sintética facilitadora da sua análise, com a finalidade de caracterizarmos a nossa amostra. Começaremos pela caracterização das variáveis sociodemográficas e profissionais, seguindo-se o perfil de comportamento do líder de enfermagem, terminando com a motivação profissional dos enfermeiros do HAL.

2.1.1 - Caracterização profissional

Tempo de deslocação

Inquiridos sobre o tempo gasto na deslocação entre o seu domicílio e o local de trabalho, os enfermeiros apresentam um tempo de deslocação mínimo de 2 minutos e máximo de 45, correspondendo a um tempo médio de deslocação de $10,54 \pm 7,29$ minutos (cf. tabela 7).

Tabela 7. Estatística referente ao tempo de deslocação

TEMPO DE DESLOCAÇÃO	N	MIN	MAX	M	D.P.	C.V. (%)	SK/ERRO	K/ERRO	K/S
SEXO									
Masculino	47	4	30	9,66	5,430	56,21	6,579	10,138	0,000
Feminino	145	2	45	10,83	7,788	71,91	10,278	12,532	0,000
Total	192	2	45	10,54	7,286	69,12	12,394	16,381	0,000

As enfermeiras gastam, em média, mais cerca de um minuto nas suas deslocações ($10,83 \pm 7,79$ vs. $9,66 \pm 5,43$ minutos). São também as enfermeiras que registam os tempos de deslocação mínimos e máximos da distribuição. Contudo as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($p=0,735$).

O teste K/S revela que a distribuição não é normal, apresentando ambos os sexos CV concordantes com uma dispersão elevada (superior a 30%). Os valores de curtose e assimetria revelam curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda (positivas) para os dois géneros e para a totalidade da amostra. Para além de possuir uma distribuição considerada como não normal, esta amostra apresenta uma amplitude de variação de 43 minutos, pelo que procedeu-se à recodificação da variável, criando-se 2 classes: ≤ 8 minutos e ≥ 9 minutos (cf. tabela 8).

Os dados apresentados na tabela 8 indicam-nos que a maior percentagem de enfermeiros (59,4%) gasta pelo menos 9 minutos nas suas deslocações até ao local de trabalho, embora as diferenças entre o género não sejam estatisticamente significativas ($X^2=0,001$; $p=0,974$).

Categoria profissional

Questionados sobre a categoria profissional que detém na carreira de enfermagem, a maioria dos enfermeiros ($n=169$; 88,0%) é enfermeiro de cuidados gerais. Apenas 23 enfermeiros pertencem à categoria de enfermeiro especialista (12%). A maioria são enfermeiras ($n=20$ 13,8% vs. $n=3$; 6,4%). Na categoria de enfermeiro de cuidados gerais, 125 elementos são do género feminino (86,2%) e 44 (93,6%) do género masculino. Pela análise do teste de qui-quadrado ($X^2=1,848$; $p=0,174$), confirmado pelos residuais (<2) podemos aferir que não há relação entre a variável categoria profissional e o género (cf. tabela 8).

Funções prestadas

Sobre o tipo de funções prestadas nos serviços onde os enfermeiros estão integrados, a generalidade (170) assume as funções previstas na área da prestação direta de cuidados de enfermagem (88,5%). Apenas 3 enfermeiros (1,6%) dedicam-se, em exclusividade, à gestão dos serviços. Salientamos que 19 (9,9%) enfermeiros que assumem ambas as funções em simultâneo, prestação e gestão. Na generalidade há um predomínio do género feminino na prestação de funções de gestão ou cumulativamente gestão e prestação (1% e 8,3% respetivamente). Os valores de *Likelihood Ratio* ($\Lambda=1,034$; $p=0,596$) permite-nos concluir que não há relação entre a variável em estudo e o género (cf. tabela 8).

Experiência em gestão

Inquirimos também os enfermeiros da amostra se detinham alguma experiência de gestão no passado. Mais de 79,2% da amostra (152 participantes) revelaram que nunca

experienciaram funções de gestão ao longo da sua carreira. Contudo, tal como na variável anterior, o género feminino teve mais oportunidades de prestar funções de gestão no passado (n=28; 19,3% vs n=12; 25,5%) (cf. tabela 8). Contudo as diferenças entre as variáveis não são estatisticamente significativas ($X^2=0,833$; $p=0,361$).

Liderança do serviço

Perguntamos aos enfermeiros do HAL qual o tipo de líder que chefiava o serviço onde estavam integrados. Dos 21 serviços existentes na instituição, em 11, o líder de enfermagem é um enfermeiro responsável (especialista ou enfermeiro de cuidados gerais), correspondendo a 52,4%. Nos restantes 10 serviços (47,6%), é o enfermeiro chefe de carreira, o responsável máximo da equipa (cf. tabela 8). A análise do teste de qui-quadrado ($X^2=2,789$; $p=0,095$), permite-nos deduzir que não relação estatisticamente significativa entre esta variável e o género.

Horário de trabalho

Questionados sobre o tipo de horário que praticam, 151 enfermeiros (78,6%) praticam o horário rotativo. Os restantes 41 enfermeiros praticam horário fixo (21,4%). O horário rotativo tem mais aderentes no género masculino (89,4%) em comparação com o género feminino com 75,2% (cf. tabela 8). Observamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o horário praticado e o género ($X^2=4,255$; $p=0,039$), permitindo-nos a análise dos resíduos ajustados localizá-las no género feminino para o horário fixo e no género masculino para o horário rotativo (resíduos ajustados=2,1).

Ingresso no serviço

A imposição de uma determinada missão que extrapole as competências do profissional ou a sua colocação num posto de trabalho sem que este seja indagado quanto à flexibilização da sua função, poderá influenciar a motivação deste e por conseguinte os resultados organizacionais. Nesse intuito inquirimos os enfermeiros, se ingressaram no serviço atual por vontade própria, sugestão institucional ou imposição superior.

Podemos observar pelos dados obtidos que 99 enfermeiros (51,6%) estão no serviço atual por vontade própria. Contudo, se ponderarmos o peso da instituição nessa escolha (sugestão e imposição), obtemos a um número próximo, com 93 enfermeiros, representando 48,4% da amostra, o que poderá refletir alguma dificuldade em adequar o local de trabalho à vontade ou motivação eventualmente demonstrada pelo colaborador no momento da escolha do local de trabalho (cf. tabela 8). Concluimos que não há diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis ($X^2=1,358$; $p=0,507$).

Relação de trabalho com a instituição

Perguntamos aos enfermeiros sobre que tipo de relação de trabalho detém com a instituição, variando essa escolha entre Contrato de Trabalho em Funções Públicas por tempo indeterminado (CTFP), Contrato Individual de Trabalho sem termo (CIT sem termo), Contrato Individual de Trabalho com termo (CIT com termo) e outra qualquer relação, com espaço aberto para registo no próprio questionário. Podemos observar que a maioria dos enfermeiros da amostra (73,4%), estão em regime de CTFP por tempo indeterminado. Contudo o regime de contrato individual de trabalho já representa 1/3 da amostra (26,6%), um dado que seria interessante cruzar com os dados nacionais, pois esta unidade hospitalar foi das últimas a ser constituída em ULS, logo com um historial mais curto na realização deste tipo de contratos (cf. tabela 8). Todavia não há diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis ($X^2=0,318$; $p=0,573$).

Tabela 8. Caracterização profissional em relação ao género

VARIÁVEL	SEXO		FEMININO		TOTAL		RESIDUAIS	
	MASCULINO						MASC.	FEM.
	N (47)	% (24,5)	N (145)	% (75,5)	N (192)	% (100)		
Tempo Deslocação								
<= 8 Minutos	19	40,4	59	40,7	78	40,6	0	0
>= 9 Minutos	28	59,6	86	59,3	114	59,4	0	0
Categoria Profissional								
Enfermeiro	44	93,6	125	86,2	169	88	1,4	-1,4
Enfermeiro Especialista	3	6,4	20	13,8	23	12	-1,4	1,4
Funções Prestadas								
Prestação	43	91,5	127	87,6	170	88,5	0,7	-0,7
Gestão	1	2,1	2	1,4	3	1,6	0,4	-0,4
Ambas	3	6,4	16	11	19	9,9	-0,9	0,9
Experiência de Gestão								
Sim	12	25,5	28	19,3	40	20,8	0,9	-0,9
Não	35	74,5	117	80,7	152	79,2	-0,9	0,9
Liderança do Serviço								
Enfermeiro Chefe	21	44,7	85	58,6	106	55,2	-1,7	1,7
Enfermeiro Responsável	26	55,3	60	41,4	86	44,8	1,7	-1,7
Horário de Trabalho								
Rotativo	5	10,6	36	24,8	151	78,6	-2,1	2,1
Fixo	42	89,4	109	75,2	41	21,4	2,1	-2,1
Ingresso no Serviço								
Vontade própria	25	53,2	74	51	99	51,6	0,3	-0,3
Sugestão Institucional	9	19,1	39	26,9	48	25	-1,1	1,1
Imposição Institucional	13	27,7	32	22,1	45	23,4	0,8	-0,8
Regime de trabalho								
CTFP por tempo indeterminado	36	76,6	105	72,4	141	73,4	0,6	-0,6
CIT por tempo indeterminado	11	23,4	40	27,6	51	26,6	-0,6	0,6

Habilitações profissionais

Em relação às habilitações profissionais, há 71 enfermeiros detentores de um curso pós-licenciatura, o que correspondem a 36,9 % da amostra total. Destes, 43 participantes são enfermeiros com especialidade, correspondendo a 22,4% da amostra total (cf. tabela 9)

São as enfermeiras o género mais representado nos estudos de segundo nível correspondendo a quase $\frac{3}{4}$ da amostra total (51; 71,8%). Os enfermeiros são menos representados com apenas 20 profissionais (28,2%). Saliente-se que há na amostra 15 enfermeiros (21,2%) que possuem cumulativamente uma especialidade e uma pós-graduação.

Tabela 9. Caracterização das habilitações profissionais em relação ao género

SEXO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL		RESIDUAIS	
	N (20)	% (28,2)	N (51)	% (71,8)	N (71)	% (100)	MASC.	FEM.
Habil. Profissionais								
Pós-graduação	4	20	24	47,1	28	39,4	-2,1	2,1
Especialidade	11	55	17	33,3	28	39,4	1,7	-1,7
Ambas	5	25	10	19,6	15	21,1	0,5	-0,5

A especialidade mais representativa é a de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, que conjuntamente com a Enfermagem de Reabilitação reúnem, cada uma, 11 enfermeiros (25,6%). A especialidade com menos enfermeiros especialistas é a de Saúde Mental e Psiquiatria com 3 participantes (7,0%).

A nível das pós-graduações o leque é mais vasto, refletindo uma oferta mais ambivalente, sendo as mais comuns nesta amostra as pós-graduações em Urgência/Emergência (4; 10,7%) e em Cuidados Paliativos (4; 10,7%). Apesar da variedade de estudos de segundo nível, não existe relação entre a variável habilitações profissionais e o género ($X^2=4,575$; $p=0,102$).

Tempos de exercício profissional

Perguntamos aos enfermeiros, há quanto tempo exercem enfermagem, há quantos anos estão no HAL e há quanto tempo estão integrados na atual equipa onde prestam funções.

No que respeita ao **tempo na profissão**, os enfermeiros apresentam um tempo mínimo de 1 ano e um máximo de 35 anos, com um tempo médio de exercício de $15,96 \pm 7,55$ anos. A amplitude de variação é de 34 anos para a totalidade da amostra (cf. tabela 10).

Tabela 10. Estatística referente ao tempo na profissão

SEXO	TEMPO NA PROFISSÃO	N	MIN	MAX	M	D.P.	C.V. (%)	SK/ ERRO	K/ ERRO	K/S
	Masculino	47	1	30	14,55	6,188	42,52	-0,334	0,446	0,055
	Feminino	145	2	35	16,42	7,901	48,11	1,746	1,500	0,008
	Total	192	1	35	15,96	7,546	47,28	1,977	-1,005	0,011

As enfermeiras estão há mais tempo na profissão ($16,42 \pm 7,90$ anos) e são também elas que registam o tempo máximo mais elevado (35 anos). O género masculino regista o tempo mínimo de exercício (1 ano) e está, em média na profissão, há $14,55 \pm 6,19$ anos.

O teste K/S revela que a distribuição não é normal, apresentando ambos os géneros uns CV concordantes com uma dispersão elevada ($>30\%$). Ambos os géneros e a totalidade da amostra apresentam curvas mesocúrticas e sem enviesamentos. As diferenças entre os dois grupos, não são estatisticamente significativas ($p=0,257$).

Em termos de **tempo na instituição**, as diferenças entre ambos os sexos e na totalidade não são tão notórias, com médias de $14,55 \pm 6,19$ anos, $14,59 \pm 7,96$ anos e $14,26 \pm 7,57$ anos respetivamente para os géneros masculino, feminino e totalidade da amostra (cf. tabela 11).

Tabela 11. Estatística referente ao tempo na instituição

SEXO	TEMPO NA INSTITUIÇÃO	N	MIN	MAX	M	D.P.	C.V. (%)	SK/ ERRO	K/ ERRO	K/S
	Masculino	47	1	30	13,23	6,214	46,96	0,219	0,685	0,015
	Feminino	145	1	35	14,59	7,956	54,53	2,582	-0,842	0,001
	Total	192	1	35	14,26	7,574	53,11	2,891	-0,295	0,004

Mantem-se uma amplitude de variação de 34 anos para a totalidade da amostra e CV concordantes com uma dispersão elevada ($>30\%$). Para ambos os géneros e para a totalidade da amostra, o teste de K/S revela que a distribuição não é normal, com curvas mesocúrticas e enviesamentos à esquerda (positivos) no género feminino e na totalidade da amostra. Não são estatisticamente significativas as diferenças identificadas entre os dois grupos, ($UMW=3183,000$; $p=0,497$).

No que respeita ao **tempo de exercício no serviço**, a quantidade de anos acumulados é substancialmente menor que nas distribuições anteriores, com a média total a rondar os $9,43 \pm 6,55$ anos. As enfermeiras estão há mais tempo no serviço atual com $9,69 \pm 6,84$ anos quando em comparação com os enfermeiros, com $8,64 \pm 5,56$ anos. Mantem-se uma amplitude de variação de 34 anos (cf. tabela 12).

Tabela 12. Estatística referente ao tempo no serviço

TEMPO NO SERVIÇO SEXO	N	MIN	MAX	M	D.P.	C.V. (%)	SK/ ERRO	K/ ERRO	K/S
Masculino	47	1	30	8,64	5,562	64,37	4,227	5,525	0,000
Feminino	145	1	35	9,69	6,840	70,58	5,502	3,397	0,000
Total	192	1	35	9,43	6,552	69,48	6,788	4,968	0,000

O teste K/S diz-nos que estamos perante uma distribuição que não é normal, com os valores de assimetria e curtose a revelar-nos enviesamentos à esquerda (positivos) e curvas leptocúrticas para ambos os sexos e para a totalidade da amostra. Os CV demonstram-nos que estamos perante uma dispersão elevada (>30%). Apesar destas discrepâncias reconhecidas entre os dois grupos, não são estatisticamente significativas (UMW=3197,500; p=0,525).

Perante a existência de distribuições consideradas anormais, cumulativamente com amplitudes de variação alargadas nas 3 variáveis dos tempos de exercício, procedeu-se à recodificação das variáveis em classes homogêneas (cf. tabela 13).

Sobre o **tempo na profissão** indicam-nos que a maior percentagem de enfermeiros (50,5%) situa-se na classe de menos de 15 anos de profissão, com 97 participantes, menos 2 que a classe superior (mais de 16 anos). O género masculino apresenta o maior número de enfermeiros com tempo inferior a 15 anos, reservando-se às enfermeiras a presença em maior número na classe superior a 16 anos (cf. tabela 13). A análise de qui-quadrado ($X^2=2,041$; p=0,153) não apresenta diferenças estatisticamente significativas, não havendo portanto relação de entre estas variáveis em estudo.

Em relação ao **tempo na instituição** o estudo mostra, que na totalidade da amostra, há uma paridade entre o número de profissionais com ≤ 13 anos e ≥ 14 anos no serviço. O género masculino apresenta o maior número de enfermeiros (24) com ≥ 14 anos no HAL, enquanto o género feminino apresenta 73 participantes com ≤ 13 anos na instituição (cf. tabela 13). Concluimos que não há diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,028$; p=0,867), não existindo portanto relação entre as variáveis em estudo.

No que respeita ao **tempo no serviço**, a maioria dos profissionais (106) está há mais de 8 anos no mesmo local de trabalho, com 55,2% do total, uma tendência comum a ambos os géneros (cf. tabela 13). Porém não registamos diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,000$; p=0,986) logo não há relação de entre estas variáveis.

Tabela 13. Caracterização dos tempos de exercício profissional em função do género

VARIÁVEL	SEXO		FEMININO		TOTAL		RESIDUAIS	
	MASCULINO		N	%	N	%	MASC.	FEM.
	N	%	(47)	(24,5)	(145)	(75,5)	192	(100)
Tempo na Profissão								
≤ 15 Anos	28	59,6	69	47,6	97	50,5	1,4	-1,4
≥ 16 Anos	19	40,4	76	52,4	95	49,5	-1,4	1,4
Tempo Instituição								
≤ 13 Anos	23	48,9	73	50,3	96	50	-0,2	0,2
≥ 14 Anos	24	51,1	72	49,7	96	50	0,2	-0,2
Tempo no Serviço								
≤ 7 Anos	21	44,7	65	44,8	86	44,8	0,0	0,0
≥ 8 Anos	26	55,3	80	55,2	106	55,2	0,0	0,0

Em síntese:

Face à caracterização do contexto profissional da amostra, podemos referir:

- A maioria dos enfermeiros da amostra vive na cidade, com uma demora média, entre o domicílio e o local de trabalho, de $10,54 \pm 7,29$ minutos;
- Cerca de $\frac{1}{4}$ da amostra (22,4%) têm uma especialidade, sendo o género feminino o que mais procura os ciclos de estudo pós-licenciatura. As especialidades mais representadas são as de Saúde Materna e Obstétrica e Reabilitação com 11 enfermeiros cada;
- No total da amostra, 170 Enfermeiros da amostra (88,5%), exercem funções de enfermeiro de cuidados gerais na prestação direta de cuidados de enfermagem, com 40 (20,8%) a confirmarem que já experienciaram a liderança de equipas;
- Das 21 equipas de enfermagem do HAL, 10 são chefiadas por um enfermeiro chefe de carreira, que chefiam no seu conjunto 106 enfermeiros (55%) da amostra. Os outros 11 serviços são chefiados por um enfermeiro responsável (especialista ou enfermeiro de cuidados gerais), liderando 86 enfermeiros (44,8%) da amostra;
- A maior percentagem de enfermeiras pratica horário fixo e a maioria dos enfermeiros do género masculino exercem horário rotativo, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($p=0,039$);
- A maioria dos participantes (73,4%) tem um CTFP por tempo indeterminado com a instituição HAL, embora os contratos individuais de trabalho já representam quase $\frac{1}{3}$ do tipo de relação de trabalho da classe;
- Verificamos que o tempo de exercício na profissão variou entre 1 ano e 35 anos. Em média, os enfermeiros estão na profissão há $15,96 \pm 7,55$ anos;

- Os profissionais do género feminino apresentam um tempo de exercício na profissão, no serviço e no hospital superior, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas;
- Mais de metade dos enfermeiros teve oportunidade de escolher o serviço onde presta funções (51,6%), com a instituição a ter algum tipo de influência nos restantes 48,4%.

2.1.2 – Descrição do comportamento de liderança

O questionário LBDQ pretende avaliar a perceção sobre o comportamento do líder quanto à sua orientação para a *estruturação* e *consideração*. Com o intuito de conhecermos o perfil de comportamento dos enfermeiros chefes e responsáveis do HAL, questionamos os enfermeiros quanto à perceção que tinham sobre os seus líderes, caracterizando-os com recurso aos pontos de corte definidos anteriormente. Através da análise dos dados recolhidos fomos perceber de que modo as variáveis sociodemográficas e profissionais podem influenciar essa perceção.

No que concerne ao comportamento de liderança de *estruturação*, podemos observar pelos dados reportados na tabela 14 que os enfermeiros caracterizam maioritariamente o comportamento dos enfermeiros responsáveis como de *baixa estruturação* (52,9%). Já o comportamento dos enfermeiros chefes é caracterizado como de *elevada estruturação* (46,2%), embora a caracterização como de baixa estruturação apresente valores relativamente próximos (40,6%) com o dos enfermeiros responsáveis. Porém, as diferenças não são estatisticamente significativas ($X^2=3,264$; $p=0,196$).

Tabela 14. Caracterização do comportamento de liderança de estruturação

ESTRUTURAÇÃO	BAIXA		MODERADA		ELEVADA		RESIDUAIS		
	N	%	N	%	N	%	BAIXA	MOD.	ELE.
Liderança do serviço									
Enfermeiro-chefe	43	40,6	14	13,2	49	46,2	-1,7	0,1	1,7
Enfermeiro responsável	45	52,9	11	12,9	29	34,1	1,7	-0,1	-1,7

Em relação ao comportamento de liderança de *consideração*, com base nos dados recolhidos construímos a tabela 15, onde podemos notar que os enfermeiros caracterizam maioritariamente o comportamento dos enfermeiros chefes como de *baixa consideração* (45,3%). O comportamento dos enfermeiros responsáveis é caracterizado como de *elevada consideração* (55,8%). O teste de qui-quadrado ($X^2=7,071$; $p=0,029$) confirma-nos a

existência de diferenças estatisticamente significativas, corroboradas pelo valor dos resíduos ajustados (<2).

Tabela 15. Caracterização do comportamento de liderança de consideração

CONSIDERAÇÃO	BAIXA		MODERADA		ELEVADA		RESIDUAIS		
	N	%	N	%	N	%	BAIXA	MOD.	ELE.
Liderança do serviço									
Enfermeiro-chefe	48	45,3	15	14,2	43	40,6	2,6	-0,6	-2,1
Enfermeiro responsável	23	26,7	15	17,4	48	55,8	-2,6	0,6	2,1

Liderança do serviço e o comportamento de liderança

À data da recolha dos dados desta pesquisa, das 21 equipas do HAL, 11 eram lideradas por enfermeiros responsáveis (especialistas ou enfermeiros de cuidados gerais) e as restantes 10 eram lideradas por enfermeiros chefes de carreira. Procuramos determinar se o tipo de líder tinha influência no comportamento percebido pelos enfermeiros liderados.

Realizado o teste t para amostras independentes, podemos observar na tabela 16 que os enfermeiros-chefes apresentam uma média superior no comportamento de *estruturação* com diferenças significativas ($M=34,67\pm 7,31$ vs $32,44\pm 7,52$; $p=0,040$). Em relação ao comportamento de *consideração*, são os enfermeiros responsáveis que apresentam médias superiores com diferenças estatisticamente significativas ($M=36,79\pm 8,48$ vs. $M=34,14\pm 6,43$; $p=0,018$).

Tabela 16. Teste t para diferenças de médias entre o tipo de liderança do serviço e o comportamento de liderança

	MÉDIA	D.P.	LEVENE	t	p
ESTRUTURAÇÃO					
Enfermeiro Chefe	34,67	7,306	0,786	2,072	0,040
Enfermeiro Responsável	32,44	7,515			
CONSIDERAÇÃO					
Enfermeiro Chefe	34,14	6,434	0,023	- 2,392	0,018
Enfermeiro Responsável	36,79	8,478			

Género e o comportamento de liderança

Procuramos saber de que modo o género se relacionava com o comportamento de liderança. Consultando a tabela 17 no que se refere à perceção sobre o comportamento de *estruturação*, os valores oscilam entre 16 e 50, com uma média de $33,68\pm 7,46$ pontos e um coeficiente de variação de 22,16% (dispersão média). O género masculino pontua este comportamento com uma média superior ao feminino ($34,74$ vs $33,34$ pontos), apresentando

também um coeficiente de variação superior (24,42 vs 21,28%), mas as diferenças não são estatisticamente significativas (UMW=3046,000; p=0,304). Os valores de assimetria e curtose revelam-nos curvas mesocúrticas e simétricas, com o teste de K/S a indicar-nos que estamos perante uma distribuição normal.

Tabela 17. Estatística referente aos comportamentos de liderança

COMPORTAMENTO DE LIDERANÇA VARIÁVEIS	N	MIN	MAX	M	D.P.	C.V. (%)	SK/ERRO	K/ERRO	K/S
ESTRUTURAÇÃO									
Masculino	47	16	50	34,74	8,483	24,42	-0,372	-1,270	0,200
Feminino	144	17	50	33,34	7,097	21,28	-0,410	-1,072	0,200
Total	191	16	50	33,68	7,464	22,16	-0,329	-1,582	0,200
CONSIDERAÇÃO									
Masculino	47	18	50	37,57	6,668	17,75	-1,337	0,389	0,200
Feminino	144	14	50	34,64	7,658	22,11	-1,317	-0,511	0,008
Total	191	14	50	35,36	7,517	21,25	-1,920	-0,408	0,003

No que concerne o comportamento de *consideração*, os valores oscilaram entre os 14 e os 50 pontos, com uma média de $35,36 \pm 7,57$ pontos e um coeficiente de variação de 21,25%. O género masculino apresenta uma média superior ao género feminino (37,57 vs 34,64 pontos), mas com um coeficiente de variação inferior (17,75 vs 22,11%). As diferenças são estatisticamente significativas neste tipo de comportamento (UMW=2624,500; p=0,018). Os valores de assimetria e curtose revelam-nos curvas mesocúrticas e simétricas, mas com um valor de K/S no género feminino indicador que a distribuição não é normal.

Idade e o comportamento de liderança

No intuito de analisarmos a relação entre a idade e a perceção do comportamento de liderança, recorreremos ao teste de análise de variância (ANOVA) para efetuarmos uma comparação de médias, permitindo-nos os testes *Post Hoc* (Tukey) localizar as diferenças entre os grupos.

Dos resultados obtidos (cf. tabela 18), podemos salientar que os enfermeiros líderes obtêm as melhores médias, em ambas as subescalas de comportamento de liderança, na classe dos enfermeiros com idade inferior a 34 anos ($M=35,88 \pm 6,985$; $M=36,95 \pm 8,014$), pontuando com médias substancialmente inferiores nos enfermeiros com mais idade (≥ 43 anos). O valor da razão F é explicativo para ambos os comportamentos ($F=4,97$; $p=0,008$; $F=4,98$; $p=0,008$), embora a variância explicada seja fraca, oscilando entre 5,02% e 5,01% respetivamente. O teste de Tukey situa-nos diferenças muito significativas entre a classe de ≤ 34 anos e ≥ 43 anos

para o comportamento de *estruturação* ($p=0,006$) e o comportamento de *consideração* ($p=0,008$).

Tabela 18. Análise de variância entre grupos etários e o comportamento de liderança

COMPORTAMENTO DE LIDERANÇA	MÉDIA	D.P.	F	p	%V.E.	TESTE TUKEY (p)		
						1/2	1/3	2/3
ESTRUTURAÇÃO								
≤ 34 anos (1)	35,88	6,985						
35 - 42 anos (2)	33,41	7,145	4,97	0,008	5,02	0,137	0,006	0,411
≥ 43 anos (3)	31,77	7,795						
Total	33,68	7,464						
CONSIDERAÇÃO								
≤ 34 anos (1)	36,95	8,014						
35 - 42 anos (2)	35,98	7,121	4,98	0,008	5,01	0,735	0,008	0,055
≥ 43 anos (3)	32,96	6,918						
Total	35,32	7,516						

Estado civil e o comportamento de liderança

Procuramos saber se havia relação entre o estado civil e a percepção dos inquiridos quanto ao comportamento do enfermeiro líder. Os enfermeiros sem um relacionamento pontuam melhor o comportamento dos enfermeiros líderes, em detrimento dos enfermeiros com algum tipo de relação (OM=101,95 vs 93,59). Os valores apresentados na tabela 19 permitem-nos concluir que não há relação entre a variável estado civil e o comportamento de liderança de *estruturação* (UMW=3227,500; $p=0,375$), sendo esta conclusão similar para o comportamento de *consideração* (UMW=3257,000; $p=0,319$).

Tabela 19. Teste de U Mann-Whitney entre estado civil e o comportamento de liderança

	OM	UMW	p
ESTRUTURAÇÃO			
Sem companheiro	101,95	3227,500	0,375
Com companheiro	93,59		
CONSIDERAÇÃO			
Sem companheiro	103,14	3257,000	0,319
Com companheiro	94,10		

Categoria profissional e o comportamento de liderança

Tendo por finalidade analisarmos se existe relação entre a categoria profissional detida e a percepção do comportamento de liderança, efetuamos um teste de UMW (cf. tabela 20). Os enfermeiros apresentam valores superiores aos enfermeiros especialistas (OM=97,49 vs

85,13), mas entre a variável categoria profissional e o comportamento de *estruturação* não encontramos diferenças estatisticamente significativas (UMW=1682,000; $p=0,314$). Localizamos diferenças estatisticamente muito significativas no comportamento de *consideração*, surgindo os enfermeiros com ordenações médias superiores em relação aos enfermeiros especialistas (OM=100,62 vs 66,20; $p<0,01$).

Tabela 20. Teste de U Mann-Whitney entre a categoria profissional e o comportamento de liderança

	OM	UMW	p
ESTRUTURAÇÃO			
Enfermeiro	97,49	1682,000	0,314
Enfermeiro Especialista	85,13		
CONSIDERAÇÃO			
Enfermeiro	100,62	1958,000	0,005
Enfermeiro Especialista	66,20		

Horário de trabalho e o comportamento de liderança

Para verificarmos se existia relação entre a variável horário de trabalho e o comportamento do líder de enfermagem realizamos o teste de UMW. Em relação ao comportamento de *estruturação* este teste não encontrou diferenças significativas (UMW=2571,500; $p=0,108$) Por outro lado, localizou diferenças significativas no comportamento de *consideração*, com os enfermeiros do horário fixo, a pontuar substancialmente melhor este tipo de comportamento em detrimento dos enfermeiros do rotativo (OM=114,91 vs 91,50; $p<0,05$) (cf. tabela 21).

Tabela 21. Teste de U Mann-Whitney entre horário de trabalho e o comportamento de liderança

	OM	UMW	p
ESTRUTURAÇÃO			
Horário fixo	108,28	2571,500	0,108
Horário rotativo	92,64		
CONSIDERAÇÃO			
Horário fixo	114,91	2340,500	0,017
Horário rotativo	91,50		

Funções prestadas e o comportamento de liderança

Executamos um teste de Kruskal-Wallis entre a variável funções prestadas e a percepção do comportamento de liderança, com a finalidade de percebermos se havia influência entre estas duas variáveis. Pelos dados reportados na tabela 22, verificamos que os enfermeiros da

prestação apresentam ordens médias superiores em ambos os tipos de comportamento, seguidos dos enfermeiros da gestão. Os valores do teste de K/W indicam-nos que não há diferenças estatisticamente significativas entre funções prestadas, o comportamento de *estruturação* ($X^2=0,647$; $p=0,724$) e o comportamento de *consideração* ($X^2=0,414$; $p=0,813$).

Tabela 22. Teste de Kruskal Wallis entre funções prestadas e o comportamento de liderança

	OM	X^2	p
ESTRUTURAÇÃO			
Prestação	97,16	0,647	0,724
Gestão	87,33		
Ambas	87,05		
CONSIDERAÇÃO			
Prestação	97,38	0,414	0,813
Gestão	96,00		
Ambas	88,74		

Tempos de exercício profissional e o comportamento de liderança

Com o intuito de analisarmos se existe relação entre os tempos de exercício na profissão, hospital e serviço, realizamos o teste t para amostras independentes. Pelos dados reportados na tabela 23, referentes ao **tempo de exercício na profissão**, podemos verificar os enfermeiros com ≤ 15 anos apresentam médias superiores para o comportamento de *estruturação* ($M=35,46\pm 6,72$ vs $M=31,90\pm 7,78$) sendo as diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,001$). No comportamento de *consideração* observamos médias superiores nos enfermeiros com um tempo de exercício na profissão ≤ 15 anos ($36,75\pm 7,52$ vs $33,87\pm 7,26$) evidenciando diferenças estatísticas muito significativas para este tipo de comportamento ($p=0,008$), pelo que podemos inferir que o tempo de exercício na profissão influencia a perceção do comportamento de liderança.

Tabela 23. Teste t para diferenças de médias entre o tempo de exercício na profissão e o comportamento de liderança

	MÉDIA	D.P.	LEVENE	t	p
ESTRUTURAÇÃO					
≤ 15 Anos	35,46	6,721	0,149	3,389	0,001
≥ 16 Anos	31,90	7,778			
CONSIDERAÇÃO					
≤ 15 Anos	36,75	7,522	0,691	2,697	0,008
≥ 16 Anos	33,87	7,264			

No que respeita ao **tempo de exercício no hospital**, realizamos um teste t cujos resultados apresentamos na tabela 24. Pela sua análise, podemos apurar que tal como no

tempo de exercício na profissão, no comportamento de *estruturação*, os enfermeiros com menos tempo no hospital (≤ 13 anos) pontuam melhor este tipo de comportamento ($35,33 \pm 7,156$ vs $32,06 \pm 7,442$). Apresentam diferenças estatísticas muito significativas ($p < 0,01$), pelo que podemos inferir que o tempo de exercício no hospital influencia a percepção do comportamento de liderança de *estruturação*.

Quanto à percepção dos enfermeiros em relação ao comportamento de *consideração*, os que têm menos de ≤ 13 anos no hospital, pontuam melhor em detrimento dos enfermeiros com ≥ 14 anos ($36,15 \pm 7,412$ vs $34,51 \pm 7,568$). Porém, em relação a este tipo de comportamento, as diferenças entre os dois grupos não é significativa ($p = 0,132$)

Tabela 24. Teste t para diferenças de médias entre o tempo de exercício no hospital e o comportamento de liderança

	MÉDIA	D.P.	LEVENE	t	p
ESTRUTURAÇÃO					
≤ 13 Anos	35,33	7,156	0,792	3,089	0,002
≥ 14 Anos	32,06	7,442			
CONSIDERAÇÃO					
≤ 13 Anos	36,15	7,412	0,953	1,513	0,132
≥ 14 Anos	34,51	7,568			

Em termos de **tempo de exercício no serviço**, realizamos novo teste t, reportando as diferenças de médias obtidas na tabela 25.

Tabela 25. Teste t para diferenças de médias entre o tempo de exercício no serviço e o comportamento de liderança

	MÉDIA	D.P.	LEVENE	t	p
ESTRUTURAÇÃO					
≤ 7 Anos	35,36	7,265	0,806	2,835	0,005
≥ 8 Anos	32,34	7,380			
CONSIDERAÇÃO					
≤ 7 Anos	37,09	6,602	0,113	2,991	0,003
≥ 8 Anos	33,90	7,928			

Na mesma linha de seguimento dos testes anteriores, também no tempo de exercício no serviço, os enfermeiros com menos ≤ 7 anos no serviço pontuam melhor o comportamento de *estruturação* ($35,36 \pm 7,265$ vs $32,34 \pm 7,380$), sendo essas diferenças estatisticamente muito significativas ($p = 0,005$). De igual modo, a percepção dos enfermeiros com menos ≤ 7 anos no serviço, quanto ao comportamento de *consideração* segue a mesma tendência ($37,09 \pm 7,6,602$ vs $33,90 \pm 7,928$). Esta diferença entre os dois grupos é muito significativa ($p < 0,01$), pelo que

deduzimos que o tempo de exercício no serviço influencia a percepção dos enfermeiros sobre o comportamento de liderança.

Em síntese:

- Quanto ao comportamento de liderança de *estruturação*, a maioria dos enfermeiros percebe o comportamento dos enfermeiros responsáveis como de *baixa estruturação*, caracterizando os dos enfermeiros chefes como de *elevada estruturação*, apresentando diferenças estatisticamente significativas entre ambos ($p=0,040$);
- Inversamente, quanto ao comportamento de liderança de *consideração*, caracterizam o comportamento dos enfermeiros chefes como de *baixa consideração* e o dos enfermeiros responsáveis como de *elevada consideração*. Também aqui há diferenças estatísticas significativas ($p=0,018$);
- O género masculino pontua com médias superiores o comportamento de *consideração* em detrimento do comportamento de *estruturação*, demonstrando diferenças significativas em relação ao género feminino ($p=0,018$);
- Os enfermeiros com idade ≥ 43 anos percebem pior o comportamento de liderança de *estruturação* dos enfermeiros líderes, em antagonismo à opinião dos enfermeiros com idade ≤ 34 anos, apresentando diferenças estatísticas muito significativas ($p=0,006$);
- No comportamento de *consideração*, a percepção dos enfermeiros com idade ≥ 43 anos também apresenta diferenças estatisticamente muito significativas em relação à opinião dos enfermeiros com idade ≤ 34 anos ($p=0,008$);
- Há diferenças significativas entre os enfermeiros do horário rotativo e os enfermeiros do horário fixo quanto à percepção que têm sobre o comportamento de liderança de *consideração* ($p=0,017$);
- Os enfermeiros de cuidados gerais pontuam com médias superiores o comportamento de *consideração* do líder, demonstrando diferenças estatisticamente muito significativas com a percepção detida pelos enfermeiros especialistas ($p=0,005$);
- Os enfermeiros com menos tempo na profissão percebem com melhores médias o comportamento de liderança, apresentando diferenças altamente significativas no tipo de comportamento de *estruturação* ($p=0,001$) e muito significativas para o comportamento de *consideração* ($p=0,008$);
- De igual modo, os enfermeiros com menos tempo no serviço pontuam com médias mais elevadas o comportamento de liderança, registando-se diferenças estatísticas muito significativas para o comportamento de *estruturação* ($p=0,005$) e para o comportamento de *consideração* ($p=0,003$);

- No que respeita ao tempo de exercício no hospital, os enfermeiros com menos tempo pontuam com médias mais elevadas a percepção que têm sobre o comportamento de liderança no global, apresentando diferenças estatisticamente muito significativas para o comportamento de *estruturação* ($p=0,002$);
- Não há diferenças significativas entre o estado civil, funções prestadas e os comportamentos de liderança;

2.1.2 – Motivação profissional

Recorrendo ao *Motivation Questionnaire*, inquirimos os enfermeiros do HAL, sobre a motivação profissional. Através dos dados recolhidos pelo questionário sobre a motivação profissional dos enfermeiros do HAL, podemos, em termos de análise descritiva, considerar que quanto mais elevada for a pontuação, maior será a motivação evidenciada pelos enfermeiros do HAL. Na tabela 26 podemos salientar que a motivação global apresenta um valor médio de $110,43 \pm 11,72$. Tendo em conta os pontos de corte que definimos anteriormente, podemos posicionar a motivação dos enfermeiros do HAL, num nível médio, como *motivados*. Contudo os valores de assimetria e curtose revelam-nos uma curva leptocúrtica, assimétrica, enviesada à direita, com o valor de K/S ($p=0,001$) a indicar-nos que estamos perante uma distribuição não normal, apesar do CV ser concordante com uma dispersão fraca (10,61%).

Tabela 26. Estatística referente à caracterização da motivação

MOTIVAÇÃO	MIN	MAX	M	D.P.	C.V. (%)	SK/ ERRO	K/ ERRO	K/S
AUTORREALIZAÇÃO	11	28	20,73	3,057	14,75	-1,829	-0,681	0.000
ESTIMA	13	28	21,86	2,990	13,68	- 2,211	-0,083	0.000
SOCIAIS (PERTENÇA)	9	28	22,60	3,103	13,73	- 6,109	5,948	0.000
SEGURANÇA	10	28	22,36	3,531	15,79	-5,594	3,542	0.000
FISIOLÓGICAS	12	28	22,85	3,259	14,26	-3,097	0,513	0.000
MOTIVAÇÃO GLOBAL	65	140	110,43	11,723	10,61	-3,440	3,363	0.001

Particularizando quanto às necessidades mensuradas pelas 5 subescalas que constituem o questionário da motivação profissional, podemos observar que o valor mais baixo de motivação é obtido na subescala das necessidades sociais (pertença), atingindo-se a pontuação máxima em todas as subescalas. A subescala de autorrealização é a que apresenta a média pontual mais baixa ($M=20,73 \pm 3,06$). As necessidades mais baixas da pirâmide, as fisiológicas, são as que pontuam com a melhor média ($M=22,85 \pm 3,26$). A dispersão dos

dados das subescalas é fraca, com o CV a variar entre 13,68 e 15,79%. Contudo a distribuição não é normal conforme os valores de K/S obtidos. As necessidades mais baixas da Hierarquia de Maslow são as que apresentam maiores assimetrias, todas com enviesamentos à direita e curvas leptocúrticas.

Género e motivação profissional

Procuramos saber se havia diferenças significativas entre o género e a motivação global. No total da amostra podemos verificar que 40,1% dos enfermeiros encontra-se *muito motivado*; 36,5% *pouco motivado* e 23,4% *motivado*. Aquando da estratificação por género, observamos que para a categoria *pouco motivado* a percentagem maior verifica-se no género feminino (39,3%), nas categorias *motivado* e *muito motivado* a maior percentagem verifica-se nos enfermeiros de género masculino (29,8% e 42,6% respetivamente) (cf. tabela 27). Contudo não encontramos diferenças estatisticamente significativas ($X^2=2,485$; $p=0,289$), pelo que consideramos que não há relação de entre estas variáveis.

Tabela 27. Motivação global em função do género

MOTIVAÇÃO GLOBAL VARIÁVEL	POUCO MOTIVADO			MOTIVADO			MUITO MOTIVADO		
	N	%	RES.	N	%	RES.	N	%	RES.
Sexo									
Masculino	13	27,7	-1,4	14	29,8	1,2	20	42,6	0,4
Feminino	57	39,3	1,4	31	21,4	-1,2	57	39,3	-0,4
TOTAL	70	36,5		45	23,4		77	40,1	

Idade e motivação profissional

Consultando a tabela 28, constatamos que o grupo etário ≥ 43 anos encontra-se *pouco motivado* (45,2%). A classe etária ≤ 34 anos é a que apresenta a maior motivação, considerando-se *muito motivado* (46%). É também esta classe (≤ 34 anos) que se apresenta como *motivado* (25,4%). Porém não há diferenças estatisticamente significativas ($X^2=4,777$; $p=0,311$) pelo que consideramos que não há relação entre as variáveis em estudo.

Tabela 28. Motivação global em função da idade

MOTIVAÇÃO GLOBAL VARIÁVEL	POUCO MOTIVADO			MOTIVADO			MUITO MOTIVADO		
	N	%	RES.	N	%	RES.	N	%	RES.
Grupo etário									
≤ 34 anos	18	28,6	-1,6	16	25,4	0,4	29	46	1,2
35-42 anos	24	24,2	-0,1	14	20,9	0,6	29	43,3	0,7
≥ 43 anos	28	45,2	1,7	15	24,2	0,2	19	30,6	-1,8
TOTAL	70	36,5		45	23,4		77	40,1	

Estado civil e motivação profissional

Questionamos os enfermeiros no sentido de perceber se existiam diferenças entre o seu estado civil e a motivação. Os enfermeiros com algum tipo de relacionamento apresentam-se como *muito motivados* (57; 40,4%). Os enfermeiros sem companheiro indicam-nos que estão *pouco motivados* (24; 47,1%) (cf. tabela 29). As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($X^2=4,949$; $p=0,084$), pelo que inferimos que não há relação de entre estas variáveis.

Tabela 29. Motivação global em função do estado civil

MOTIVAÇÃO GLOBAL VARIÁVEL	POUCO MOTIVADO			MOTIVADO			MUITO MOTIVADO		
	N	%	RES.	N	%	RES.	N	%	RES.
Estado Civil									
Sem companheiro	24	47,1	1,8	7	13,7	-1,9	20	39,2	-0,2
Com companheiro	46	32,6	-1,8	38	27,0	1,9	57	40,4	0,2
TOTAL	70	36,5		45	23,4		77	40,1	

Categoria profissional e motivação profissional

No que respeita à categoria profissional, analisamos os dados reportados pelos enfermeiros e enfermeiros especialistas em relação à sua motivação. Ambas as categorias consideram-se como *muito motivadas* (39,6% e 43,5% respetivamente). Contudo o conjunto dos enfermeiros que se consideram *pouco motivados* tem valores muito próximos (36,1% vs. 39,1%) (cf. tabela 30). Analisado o teste de qui-quadrado, os valores não apresentam diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,533$; $p=0,766$), pelo que consideramos que não há relação entre as duas variáveis em estudo.

Tabela 30. Motivação global em função da categoria profissional

MOTIVAÇÃO GLOBAL VARIÁVEL	POUCO MOTIVADO			MOTIVADO			MUITO MOTIVADO		
	N	%	RES.	N	%	RES.	N	%	RES.
Categoria Profissional									
Enfermeiro	61	36,1	-0,3	41	24,3	0,7	67	39,6	-0,4
Enfermeiro Especialista	9	39,1	0,3	4	17,4	-0,7	10	43,5	0,4
TOTAL	70	36,5		45	23,4		77	40,1	

Horário de trabalho e motivação profissional

Procuramos saber se a variável horário de trabalho apresentava diferenças significativas com a motivação. Podemos observar que os enfermeiros do horário fixo apresentam-se como

pouco motivados (39%). Os enfermeiros do horário rotativo consideram este horário mais motivador, considerando-se muito motivados (41,7%) (cf. tabela 30). Todavia as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($X^2=0,811$; $p=0,666$), pelo que consideramos não existir relação entre as duas variáveis.

Tabela 31. Motivação global em função do horário de trabalho

MOTIVAÇÃO GLOBAL VARIÁVEL	POUCO MOTIVADO			MOTIVADO			MUITO MOTIVADO		
	N	%	RES.	N	%	RES.	N	%	RES.
Horário de Trabalho									
Fixo	16	39,0	0,4	11	26,8	0,6	14	34,1	-0,9
Rotativo	54	35,8	-0,4	34	22,5	-0,6	63	41,7	0,9
TOTAL	70	36,5		45	23,4		77	40,1	

Funções prestadas e motivação profissional

Examinando os dados obtidos quanto ao tipo de funções prestadas e o seu relacionamento com a motivação dos enfermeiros, percebemos que os enfermeiros da prestação dividem quase equitativamente a sua motivação entre *pouco* e *muito motivados* (38,2% vs 37,6%). Já os enfermeiros que prestam funções cumulativamente na prestação e gestão apresentam-se maioritariamente como *muito motivados* (57,9%) (cf. tabela 32). Os valores do teste de qui-quadrado ($X^2=2,925$; $p=0,570$) permitem-nos afirmar que não há diferenças estatisticamente significativas, pelo que não há relação entre as duas variáveis.

Tabela 32. Motivação global em função das funções prestadas

MOTIVAÇÃO GLOBAL VARIÁVEL	POUCO MOTIVADO			MOTIVADO			MUITO MOTIVADO		
	N	%	RES.	N	%	RES.	N	%	RES.
Funções Prestadas									
Prestação	64	37,6	1,0	41	24,1	0,6	65	38,2	-1,5
Gestão	1	33,3	-0,1	1	33,3	0,4	1	33,3	-0,2
Ambas	5	26,3	-1,0	3	15,8	-0,8	11	57,9	-1,7
TOTAL	70	36,5		45	23,4		77	40,1	

Liderança do serviço e motivação profissional

Tendo por base o tipo de líder do serviço, enfermeiro chefe ou enfermeiro responsável, pretendíamos analisar a existência de diferenças significativas entre esta variável e a motivação. Em termos globais os enfermeiros liderados por um enfermeiro responsável apresentam-se como *muito motivados* (45,3%). Os enfermeiros liderados por um enfermeiro chefe apresentam-se como *pouco motivados* (41,5%) (cf. tabela 32). Todavia não há relação

de entre estas variáveis uma vez que a análise do teste de qui-quadrado ($X^2=2,788$; $p=0,248$) não apresenta diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 33. Motivação global em função da Liderança do Serviço

MOTIVAÇÃO GLOBAL VARIÁVEL	POUCO MOTIVADO			MOTIVADO			MUITO MOTIVADO		
	N	%	RES.	N	%	RES.	N	%	RES.
Liderança do serviço									
Enfermeiro Chefe	44	41,5	1,6	24	22,6	-0,3	38	35,8	-1,3
Enfermeiro Responsável	26	30,2	-1,6	21	24,4	0,3	39	45,3	1,3
TOTAL	70	36,5		45	23,4		77	40,1	

Em síntese:

- Em termos gerais a motivação profissional dos enfermeiros do HAL, apresenta-se num nível médio, como *motivados* ($110,43 \pm 11,723$);
- Categorizando, 40,1% dos enfermeiros mostram-se *muito motivados*, em oposição a 36,5% dos profissionais que se consideram *pouco motivados*;
- As necessidades mais baixas da pirâmide de Maslow (*fisiológicas*), são as que apresentam melhores médias, seguidas das necessidades *sociais* e *segurança*;
- O grupo etário ≥ 43 anos considera-se maioritariamente *pouco motivado*, enquanto o grupo etário ≤ 34 anos apresenta índices de motivação elevados (*muito motivado*);
- Os enfermeiros com companheiro apresentam-se como *muito motivados*; Já os enfermeiros sem companheiro pontuam pior a sua motivação (*pouco motivados*);
- O horário rotativo é percebido como mais motivador para os enfermeiros, em detrimento do horário fixo, tido como pouco motivador;
- A acumulação de funções de responsável de serviço com a prestação de cuidados, produz nos profissionais níveis elevados de motivação global, apresentando-se como *muito motivados*;
- Os enfermeiros liderados por um enfermeiro chefe pontuam pior a sua motivação, considerando-se *pouco motivados*, em contraciclo com os enfermeiros liderados por um enfermeiro responsável, apresentando-se como *muito motivados*;
- Não há diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo e a motivação global;

2.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

*“A verdadeira motivação vem da realização, desenvolvimento pessoal,
satisfação no trabalho e reconhecimento”*

F.Herzberg

Neste subcapítulo vamos proceder à análise estatística inferencial para avaliar possíveis relações entre algumas das variáveis independentes, o comportamento de liderança do enfermeiro chefe ou responsável de serviço e a motivação profissional dos enfermeiros.

Relação entre o género e a motivação profissional

No intuito de observarmos a relação entre o género e a motivação dos enfermeiros, realizamos um teste de UMW. Pela observação dos dados reportados na tabela 34, podemos verificar que o género feminino apresenta maior motivação nas necessidades mais elevadas da pirâmide como a *Autorrealização* e *Estima* (OM=100,75 e 97,17 respetivamente). O género masculino apresenta maior motivação nas necessidades mais básicas como *Segurança* (OM=102,953) e *Fisiológicas* (OM=116,56). Nesta última as diferenças são estatisticamente muito significativas ($p < 0,01$), admitindo-se relação entre esta variável e as necessidades *Fisiológicas*.

Tabela 34. Teste de U Mann-Whitney entre o género e a motivação

	OM	UMW	p
AUTORREALIZAÇÃO			
Masculino	83,94	2817,000	0,073
Feminino	100,75		
ESTIMA			
Masculino	94,45	3311,000	0,769
Feminino	97,17		
SOCIAIS (PERTENÇA)			
Masculino	101,18	3187,500	0,504
Feminino	94,98		
SEGURANÇA			
Masculino	102,93	3105,500	0,359
Feminino	94,42		
FISIOLOGICAS			
Masculino	116,56	2464,500	0,004
Feminino	90,00		
MOTIVAÇÃO GLOBAL			
Masculino	103,22	3091,500	0,340
Feminino	94,32		

Relação entre a idade e a motivação profissional

Procuramos determinar se a idade influenciava a motivação profissional. Realizamos uma análise de variância (ANOVA) para efetuarmos uma comparação de médias entre as

necessidades da hierarquia de Maslow e as classes etárias, permitindo-nos os testes Post Hoc (Tukey) localizar as diferenças entre os grupos. Consultando a tabela 35, podemos salienta que as necessidades superiores da hierarquia de Maslow apresentam piores médias, não sendo o valor de F explicativo tanto nas de *Autorrealização* (F=0,087; p=0,917) como *Estima* (F=0,652; p=0,522). As médias superiores são obtidas nas necessidades mais baixas, variando entre os 22,23 e os 22,32 pontos nas necessidades *Sociais* e os 21,58 e os 22,87 pontos nas necessidades de *Segurança*. É nas necessidades *Fisiológicas* que se registam as medias mais elevadas, sendo o valor da razão F explicativo (F=3,643; p=0,028), embora a variância explicada seja fraca (3,17%). O teste de Tukey situa-nos as diferenças entre a classe de ≤ 34 anos e ≥ 43 anos, com diferença estaticamente significativa (p<0,05).

Tabela 35. Análise de variância entre grupos etários e a motivação

MOTIVAÇÃO NECESSIDADES	MÉDIA	D.P.	F	p	%V.E.	TESTE TUKEY (p)		
						1/2	1/3	2/3
AUTORREALIZAÇÃO								
≤ 34 anos (1)	20,84	2,585	0,087	0,917	0,09	0,983	0,909	0,967
35 - 42 anos (2)	20,75	3,291						
≥ 43 anos (3)	20,61	3,276						
Total	20,73	3,057						
ESTIMA								
≤ 34 anos (1)	22,16	2,784	0,652	0,522	0,68	0,871	0,491	0,788
35 - 42 anos (2)	21,90	3,040						
≥ 43 anos (3)	21,54	3,150						
Total	21,87	2,990						
SOCIAIS (PERTENÇA)								
≤ 34 anos (1)	22,32	2,967	2,156	0,119	2,23	0,207	0,985	0,152
35 - 42 anos (2)	23,24	3,046						
≥ 43 anos (3)	22,23	3,241						
Total	22,60	3,104						
SEGURANÇA								
≤ 34 anos (1)	22,87	2,986	2,378	0,095	2,45	0,906	0,101	0,220
35 - 42 anos (2)	22,61	3,790						
≥ 43 anos (3)	21,58	3,673						
Total	22,36	3,532						
FISIOLOGÍCAS								
≤ 34 anos (1)	23,43	3,281	3,643	0,028	3,17	0,874	0,032	0,096
35 - 42 anos (2)	23,15	3,239						
≥ 43 anos (3)	21,97	3,120						
Total	22,86	3,259						
MOTIVAÇÃO GLOBAL								
≤ 34 anos (1)	111,62	10,524	2,109	0,124	2,18	1,000	0,184	0,171
35 - 42 anos (2)	111,64	12,485						
≥ 43 anos (3)	107,94	11,822						
Total	110,44	11,724						

Relação entre o estado civil e a motivação profissional

Com a finalidade de analisarmos o efeito da variável estado civil na motivação, efetuamos o teste de UMW, cujos resultados apresentamos na tabela 36. Podemos realçar que nas necessidades de *Autorrealização* os enfermeiros sem um relacionamento apresentam maior motivação. Em analogia, nas necessidades de *Segurança*, os enfermeiros com companheiro apresentam uma motivação superior. É nas necessidades *Sociais (Pertença)* que se localizam as maiores diferenças entre as médias apresentadas entre os enfermeiros sem companheiro (OM= 76,46) e os enfermeiros com companheiro (OM=103,75), sendo essa diferença estatisticamente muito significativa (UMW=2573,500; p=0,002), evidenciando uma relação entre estado civil e necessidades *Sociais (Pertença)*.

Tabela 36. Teste de U Mann-Whitney entre o estado civil e a motivação

	OM	UMW	p
AUTORREALIZAÇÃO			
Sem companheiro	101,19	3356,500	0,480
Com companheiro	94,80		
ESTIMA			
Sem companheiro	91,40	3335,500	0,442
Com companheiro	98,34		
SOCIAIS (PERTENÇA)			
Sem companheiro	76,46	2573,500	0,002
Com companheiro	103,75		
SEGURANÇA			
Sem companheiro	85,65	3042,000	0,102
Com companheiro	100,43		
FISIOLÓGICAS			
Sem companheiro	91,40	3335,500	0,442
Com companheiro	98,34		
MOTIVAÇÃO GLOBAL			
Sem companheiro	87,99	3161,500	0,202
Com companheiro	99,58		

Relação entre a categoria profissional e a motivação profissional

Recorremos a um teste de UMW para analisarmos a relação entre a motivação e a variável categoria profissional. Analisando a tabela 37, podemos observar pelos resultados expostos que, os enfermeiros especialistas apresentam ordenações médias superiores nas necessidades de *Autorrealização* (OM=116,63). Já os enfermeiros de cuidados gerais apresentam ordenações médias mais elevadas nas necessidades mais basilares, como as de *Segurança* (OM= 97,61) e nas necessidades *Fisiológicas* (OM= 97,49). Contudo as

diferenças, em nenhuma das dimensões, são estatisticamente significativas, pelo que podemos inferir que a categoria profissional não influencia a motivação.

Tabela 37. Teste de U Mann-Whitney entre a categoria profissional e a motivação

	OM	UMW	p
AUTORREALIZAÇÃO			
Enfermeiro	93,76	1480,500	0,063
Enfermeiro Especialista	116,63		
ESTIMA			
Enfermeiro	95,16	1717,000	0,362
Enfermeiro Especialista	106,35		
SOCIAIS (PERTENÇA)			
Enfermeiro	96,67	1915,000	0,909
Enfermeiro Especialista	95,26		
SEGURANÇA			
Enfermeiro	97,61	1756,000	0,451
Enfermeiro Especialista	88,35		
FISIOLÓGICAS			
Enfermeiro	97,49	1777,000	0,503
Enfermeiro Especialista	89,26		
MOTIVAÇÃO GLOBAL			
Enfermeiro	95,95	1851,000	0,711
Enfermeiro Especialista	100,52		

Relação entre o horário de trabalho e a motivação profissional

Pretendíamos verificar se o horário de trabalho tinha influência sobre a motivação, recorrendo por isso ao teste de UMW. Pela análise dos dados reportados na tabela 38, podemos averiguar que os enfermeiros do horário fixo, apresentam ordens médias mais elevadas nas necessidades de *Autorrealização* (OM=98,59). Já os enfermeiros do horário rotativo demonstram maior motivação nas necessidades de *Segurança* (OM= 98,17) e nas necessidades *Fisiológicas* (OM= 96,73). No geral, as ordenações médias são muito similares entre si, com as diferenças a revelarem-se que não são estatisticamente significativas, podendo então deduzir-se que não há relação entre as variáveis em estudo.

Tabela 38. Teste de U Mann-Whitney entre o horário de trabalho e a motivação

	OM	UMW	p
AUTORREALIZAÇÃO			
Fixo	98,59	3010,000	0,785
Rotativo	95,93		
ESTIMA			
Fixo	95,63	3060,000	0,910
Rotativo	96,74		
SOCIAIS (PERTENÇA)			
Fixo	100,60	2927,500	0,592
Rotativo	95,39		
SEGURANÇA			
Fixo	90,35	2843,500	0,422
Rotativo	98,17		
FISIOLÓGICAS			
Fixo	95,66	3061,000	0,913
Rotativo	96,73		
MOTIVAÇÃO GLOBAL			
Fixo	93,17	2959,000	0,665
Rotativo	97,40		

Relação entre as funções prestadas e a motivação profissional

Para avaliarmos se o tipo de funções prestadas influenciava a motivação, executamos um teste de Kruskal-Wallis (K/W) entre esta variável e as necessidades da hierarquia de Maslow. Pelos dados expostos na tabela 39, podemos observar que os enfermeiros da prestação apresentam ordenações médias superiores nas necessidades mais elevadas como *Autorrealização* e *Estima* (OM=94,62; 95,02). Já os enfermeiros da gestão, apresentam ordens médias mais altas nas necessidades mais básicas como de *Segurança* ou *Fisiológicas* (OM= 113; 143,17) Mas é nas necessidades *Sociais* que surgem a maior diferença entre OM com o acúmulo de ambas as funções a apresentar uma OM=129,42, indicando-nos o valor de qui-quadrado de K/W que há diferenças estatisticamente significativas ($X^2=7,932$; $p=0,019$) para as necessidades *Sociais* (*Pertença*).

Tabela 39. Teste de Kruskal-Wallis entre as funções prestadas e a motivação

	OM	X ²	p
AUTORREALIZAÇÃO			
Prestação	94,62	3,837	0,147
Gestão	67,83		
Ambas	117,84		
ESTIMA			
Prestação	95,02	1,570	0,456
Gestão	86,83		
Ambas	111,26		
SOCIAIS (PERTENÇA)			
Prestação	92,51	7,932	0,019
Gestão	113,83		
Ambas	129,42		
SEGURANÇA			
Prestação	97,20	,784	0,676
Gestão	113,00		
Ambas	87,63		
FISIOLOGICAS			
Prestação	95,82	2,171	0,338
Gestão	143,17		
Ambas	95,24		
MOTIVAÇÃO GLOBAL			
Prestação	94,28	2,410	0,300
Gestão	107,33		
Ambas	114,63		

Relação entre a liderança do serviço e a motivação profissional

Realizamos o teste t para amostras independentes entre a variável liderança do serviço e a motivação profissional. Podemos observar na tabela 40 que os enfermeiros que são liderados por enfermeiros responsáveis, registam melhores médias em praticamente todas as necessidades, com especial ênfase nas necessidades mais baixas como as de *Segurança* e *Fisiológicas*. Essa tendência mantém-se nos valores da *Motivação Global*, com valores médios de 111,08 vs 109,92. A exceção verifica-se nas necessidades de *Autorrealização*, em que a diferença entre médias é a mais baixa (20,83 vs. 20,62). Assumindo a igualdade de variâncias, as diferenças identificadas não têm significância estatística, para todas as necessidades e para a motivação global.

Tabela 40. Teste t para diferenças de médias entre a liderança do serviço e a motivação

	MÉDIA	D.P.	LEVENE	t	p
AUTORREALIZAÇÃO					
Enfermeiro Chefe	20,83	2,925	0,451	0,481	0,631
Enfermeiro Responsável	20,62	3,225			
ESTIMA					
Enfermeiro Chefe	21,74	2,809	0,270	-0,688	0,492
Enfermeiro Responsável	22,03	3,208			
SOCIAIS (PERTENÇA)					
Enfermeiro Chefe	22,41	3,161	0,892	-1,010	0,314
Enfermeiro Responsável	22,86	3,029			
SEGURANÇA					
Enfermeiro Chefe	22,49	3,195	0,154	0,548	0,585
Enfermeiro Responsável	22,21	3,920			
FISIOLÓGICAS					
Enfermeiro Chefe	22,45	3,312	0,949	-1,932	0,055
Enfermeiro Responsável	23,36	3,139			
MOTIVAÇÃO GLOBAL					
Enfermeiro Chefe	109,92	11,406	0,484	-0,685	0,494
Enfermeiro Responsável	111,08	12,140			

Relação entre os tempos de exercício profissional e a motivação

Com o intuito de determinarmos se a variável constituída pelos tempos de exercício profissional na profissão, no hospital e no serviço tinham influência sobre a motivação, realizamos um teste t para amostras independentes.

No que respeita ao **tempo de exercício na profissão**, podemos, ao consultar a tabela 41, verificar que os enfermeiros com menos ≤ 15 anos na profissão, apresentam médias mais elevadas nas necessidades de *Estima*, *Segurança* e *Fisiológicas*. É também este grupo de profissionais que apresenta maior motivação global ($M=111,14 \pm 10,92$). Os enfermeiros com ≥ 16 anos na profissão apresentam índices de motivação mais elevados nas necessidades de *Autorrealização* e *Sociais (Pertença)*. O valor de Levene ($F=3,924$; $p=0,049$) é significativo nas necessidades de *Segurança*, pelo que as variâncias não são homogêneas nesta subescala. Contudo os valores de t informam-nos que as diferenças não têm significância estatística, para todas as subescalas e motivação global.

Tabela 41. Teste t para diferenças de médias entre o tempo de exercício na profissão e a motivação

	MÉDIA	D.P.	LEVENE	t	p
AUTORREALIZAÇÃO					
≤ 15 Anos	20,57	2,749	0,132	-0,766	0,445
≥ 16 Anos	20,91	3,348			
ESTIMA					
≤ 15 Anos	22,12	2,865	0,213	1,190	0,235
≥ 16 Anos	21,61	3,105			
SOCIAIS (PERTENÇA)					
≤ 15 Anos	22,40	2,984	0,980	-0,935	0,351
≥ 16 Anos	22,82	3,222			
SEGURANÇA					
≤ 15 Anos	22,82	2,996	0,049	1,830	0,069
≥ 16 Anos	21,89	3,966			
FISIOLÓGICAS					
≤ 15 Anos	23,23	3,267	0,746	1,585	0,115
≥ 16 Anos	22,48	3,225			
MOTIVAÇÃO GLOBAL					
≤ 15 Anos	111,14	10,923	0,348	0,844	0,400
≥ 16 Anos	109,72	12,505			

Quanto ao **tempo de exercício no hospital**, podemos verificar pelos dados reportados na tabela 42, que os enfermeiros que exercem há mais tempo no HAL, evidenciam valores médios de motivação mais elevados nas necessidades *Autorrealização* e *Sociais (Pertença)*. Os enfermeiros com menos tempo de exercício na instituição apresentam valores médios mais elevados nas restantes necessidades. Em termos globais é também este grupo de profissionais mais novos que apresenta uma motivação global mais elevada ($M=111,66\pm 10,26$).

O valor de Levene é significativo nas necessidades de *Segurança* ($F=8,205$; $p=0,005$) e na *Motivação Global* ($F=4,157$; $p=0,043$), pelo que as variâncias não são homogêneas nestas escalas. Contudo somente as necessidades de *Segurança*, apresentam o valor de t com significância estatística ($t=2,571$; $p=0,011$), pelo que podemos inferir que as necessidades de *Segurança* estão relacionadas com o tempo de serviço no hospital.

Tabela 42. Teste t para diferenças de médias entre o tempo de exercício no hospital e a motivação

	MÉDIA	D.P.	LEVENE	t	p
AUTORREALIZAÇÃO					
≤ 13 Anos	20,90	2,856	0,297	0,731	0,466
≥ 14 Anos	20,57	3,253			
ESTIMA					
≤ 13 Anos	22,01	2,766	0,075	0,651	0,516
≥ 14 Anos	21,73	3,206			
SOCIAIS (PERTENÇA)					
≤ 13 Anos	22,50	2,813	0,354	-0,487	0,627
≥ 14 Anos	22,72	3,380			
SEGURANÇA					
≤ 13 Anos	23,01	2,841	0,005	2,571	0,011
≥ 14 Anos	21,72	4,020			
FISIOLÓGICAS					
≤ 13 Anos	23,24	3,288	0,771	1,623	0,106
≥ 14 Anos	22,48	3,201			
MOTIVAÇÃO GLOBAL					
≤ 13 Anos	111,66	10,261	0,043	1,445	0,150
≥ 14 Anos	109,22	12,963			

Por fim, analisando a tabela 43 sobre o **tempo de exercício no serviço**, podemos constatar que os enfermeiros com ≥ 8 anos integrados no mesmo serviço do HAL, apresentam médias mais elevadas em todas as necessidades, com exceção das necessidades de *Segurança*. Nestas, os enfermeiros com ≤ 7 anos apresentam uma média superior ($22,55 \pm 3,29$).

Nas necessidades de *Autorrealização* e necessidades de *Segurança*, os valores de Levene têm valores estatisticamente significativos ($F=5,034$; $p=0,026$ e $F= 4,110$; $p=0,044$) pelo que podemos assumir que as variâncias nestas subescalas não são homogêneas. Contudo os valores de t não apresentam significância estatística. É nas necessidades *Sociais (pertença)* que surgem diferenças com significância estatísticas ($t=-1,998$; $p=0,047$) pelo que podemos concluir que há relação estatisticamente significativa entre as necessidades *Sociais (pertença)* e o tempo de exercício no serviço.

Tabela 43. Teste t para diferenças de médias entre o tempo de exercício no serviço e a motivação

	MÉDIA	D.P.	LEVENE	t	p
AUTORREALIZAÇÃO					
≤ 7 Anos	20,51	2,651	0,026	-0,909	0,353
≥ 8 Anos	20,92	3,352			
ESTIMA					
≤ 7 Anos	21,83	2,927	0,250	-0,184	0,854
≥ 8 Anos	21,91	3,053			
SOCIAIS (PERTENÇA)					
≤ 7 Anos	22,11	3,441	0,127	-1,998	0,047
≥ 8 Anos	23,01	2,751			
SEGURANÇA					
≤ 7 Anos	22,55	3,292	0,044	0,650	0,516
≥ 8 Anos	22,22	3,723			
FISIOLÓGICAS					
≤ 7 Anos	22,77	3,573	0,333	-0,351	0,726
≥ 8 Anos	22,93	2,996			
MOTIVAÇÃO GLOBAL					
≤ 7 Anos	109,77	11,510	0,305	-0,712	0,477
≥ 8 Anos	110,98	11,921			

Para completar o estudo analítico sobre a motivação dos enfermeiros do HAL e as suas dimensões autorrealização, estima, sociais (pertença), segurança e fisiológicas, recorreremos à regressão linear múltipla, uma técnica estatística descritiva e inferencial, referenciada como o método mais utilizado para realizar análises multivariadas, entre um conjunto de variáveis independentes (Y) e uma variável dependente (X's) (Pestana & Gageiro, 2008). Realçamos aqui que, para o efeito, recodificamos o género em variável *dummie* e utilizamos primariamente o método *step-wise*, e em alternativa o método *enter*, para conseguirmos determinar, através dos modelos de regressão produzidos, quais eram as variáveis predictoras da variável independente.

Relação entre a variável dependente Necessidades de Autorrealização e as variáveis independentes

No que respeita às necessidades de autorrealização, podemos observar pelos dados da tabela 44 que as correlações entre esta subescala e as variáveis independentes são mínimas, oscilando entre ($r=-0,004$) no tempo de exercício na profissão e ($r=-0,162$) no comportamento de liderança de consideração. Verificamos também que as necessidades de autorrealização estabelecem relações inversas com todas as variáveis independentes, exceto com o tempo de exercício no serviço pelo que podemos afirmar que quanto menor o índice nas variáveis cuja relação é inversa e mais elevado é o tempo de serviço, mais forte será a motivação para as

necessidades de autorrealização. A variável comportamento de consideração é a única variável que apresenta significância estatística ($p=0,013$).

Tabela 44. Correlação de Pearson entre necessidades de autorrealização e as variáveis independentes

VARIÁVEIS	r	p
GÊNERO	-0,102	0,081
IDADE	-0,018	0,400
TEMPO DE EXERCICIO NA PROFISSAO	-0,004	0,477
TEMPO DE EXERCICO NO HOSPITAL	-0,059	0,208
TEMPO DE EXERCICO NO SERVIÇO	0,038	0,303
COMPORTAMENTO DE ESTRUTURAÇÃO	-0,017	0,406
COMPORTAMENTO DE CONSIDERAÇÃO	-0,162	0,013

Consultando o quadro 24, a variável comportamento de consideração é a variável que entra neste modelo de regressão pelo método *step-wise*, sendo que é a que apresenta o maior coeficiente de correlação em termos absolutos, embora seja considerado fraco ($r=-0,162$), explicando 2,62% da variação com um erro padrão da estimativa de 3,0174.

O teste F é significativo o que nos diz que a variável é independente e o valor de t ao apresentar significância estatística, permite afirmar que a variável independente comportamento de consideração tem poder explicativo sobre as necessidades de autorrealização, uma vez que os coeficientes são diferentes de zero. A variável presente no modelo também não é colinear pois apresenta um valor de *variance inflation factor* (VIF) de 1,000.

O coeficiente padronizado beta indica-nos que a variável comportamento de consideração tem peso preditivo, variando em sentido inverso, pelo que podemos inferir que quanto menor o índice no comportamento de liderança de consideração, mais forte será a motivação para prover as necessidade de autorrealização. A equação da regressão é:

$$\text{Necessidades de Autorrealização} = 23,034 + (-0,162 \text{ Comportamento de Consideração})$$

Quadro 24. Regressão múltipla entre necessidades de autorrealização e as variáveis independentes

VARIÁVEL DEPENDENTE: NECESSIDADES DE AUTORREALIZAÇÃO					
R=0,162					
R ² =0,026					
R ² Ajustado=0,021					
Erro Padrão da Estimativa=3,0174					
Incremento de R ² =0,026					
F=5,082					
p=0,025					
PESOS DA REGRESSÃO					
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE BETA	COEFICIENTE PADRONIZADO	t	p	COLINEARIDADE VIF
CONSTANTE	23,034				
Comportamento de consideração	-0,066	-0,162	-2,254	0,025	1,000
ANÁLISE DE VARIÂNCIA					
EFEITO	SOMA QUADRADOS	GL	MÉDIA QUADRADOS	F	P
REGRESSÃO	46,273	1	46,273	5,082	0,025
RESIDUAL	1720,889	189	9,105		
TOTAL	1767,162	190			

A figura 13 representa a relação estabelecida entre as necessidades de autorrealização e o comportamento de liderança de consideração.

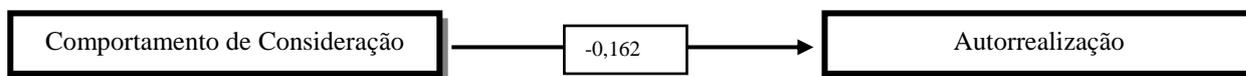


Figura 13. Síntese das relações entre necessidades de autorrealização e as variáveis independentes

Relação entre a variável dependente Necessidades de Estima e as variáveis independentes

Pela leitura dos dados referentes à variável estima e constantes da tabela 45, podemos verificar que as correlações entre este fator da motivação e as variáveis independentes em estudo são ínfimas, variando entre (r=0,004) no tempo de exercício no hospital e (r=0,118) no comportamento de estruturação. Observamos também que estabelece uma relação inversa com as variáveis gênero, idade e tempo de exercício na profissão, pelo que quanto mais baixo o índice nestas variáveis, maior será a necessidade de estima. Com as restantes variáveis estabelece uma relação direta, pelo que quanto mais elevado o índice, maior será a motivação para satisfazer as necessidades de estima. Observando os valores de p, nenhuma variável apresenta significância estatística.

Tabela 45. Correlação de Pearson entre necessidades de estima e as variáveis independentes

VARIÁVEIS	r	p
GÊNERO	-0,016	0,414
IDADE	-0,061	0,200
TEMPO DE EXERCICIO NA PROFISSAO	-0,012	0,433
TEMPO DE EXERCICO NO HOSPITAL	0,004	0,480
TEMPO DE EXERCICO NO SERVIÇO	0,020	0,394
COMPORTAMENTO DE ESTRUTURAÇÃO	0,118	0,051
COMPORTAMENTO DE CONSIDERAÇÃO	0,045	0,267

Neste modelo de regressão entraram as variáveis independentes comportamento de consideração, tempo de exercício no hospital, gênero, comportamento de estruturação, tempo de exercício no serviço, idade e tempo de exercício na profissão, pelo método *enter*. A correlação que estas 7 variáveis estabelecem é fraca ($r=0,201$), explicando no seu conjunto 4,04% da sua variabilidade, com um erro padrão da estimativa de 2,977. Algumas das variáveis independentes apresentam problemas de colineariedade, com os seus valores de VIF a variar entre 1,066 no gênero e 12,755. O valor de F não apresenta significância estatística ($p=0,366$), o que leva à aceitação de nulidade entre as variáveis em estudo (cf. quadro 25)

Quadro 25. Regressão múltipla entre necessidades de estima e as variáveis independentes

VARIÁVEL DEPENDENTE: NECESSIDADES DE ESTIMA					
R=0,201					
R ² =0,040					
R ² Ajustado=0,004					
Erro Padrão da Estimativa=2,977					
Incremento de R ² =0,040					
F=1,099					
p=0,366					
PESOS DA REGRESSÃO					
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE BETA	COEFICIENTE PADRONIZADO	t	p	COLINEARIDADE VIF
CONSTANTE	24,161				
Comportamento de Consideração	-0,017	-0,043	-0,440	0,660	1,787
Tempo de exercício no hospital	-0,001	-0,001	-0,008	0,994	5,649
Gênero	-0,308	-0,045	-0,596	0,552	1,066
Comportamento de Estruturação	0,062	0,156	1,637	0,103	1,737
Tempo de exercício no serviço	0,032	0,070	0,676	0,500	2,066
Idade	-0,164	-0,427	-2,036	0,043	8,367
Tempo de exercício na profissão	0,143	0,362	1,398	0,164	12,755
ANÁLISE DE VARIÂNCIA					
EFEITO	SOMA QUADRADOS	GL	MÉDIA QUADRADOS	F	p
REGRESSÃO	68,200	7	9,743	1,099	0,366
RESIDUAL	1622,397	183	8,866		
TOTAL	1690,597	190			

Relação entre a variável dependente Necessidades Sociais (Pertença) e as variáveis independentes

Analisando os dados da tabela 46 podemos assinalar que as correlações entre as necessidades sociais (pertença) e as variáveis independentes são mínimas, oscilando entre ($r=0,009$) na idade e ($r=-0,147$) no comportamento de estruturação. Podemos também verificar que as necessidades sociais (pertença) estabelecem relações inversas com as variáveis comportamento de estruturação e comportamento de consideração, pelo que podemos afirmar que quanto menor o índice desses comportamentos, mais forte será a motivação para as necessidades sociais (pertença). Também é entre estas variáveis que encontramos significância estatística ($p=0,021$; $p=0,029$). Entre as necessidades sociais (pertença) e as restantes variáveis independentes assume-se uma relação em proporção direta.

Tabela 46. Correlação de Pearson entre as necessidades sociais (pertença) e as variáveis independentes

VARIÁVEIS	r	p
GÉNERO	0,013	0,432
IDADE	0,009	0,450
TEMPO DE EXERCICIO NA PROFISSAO	0,076	0,148
TEMPO DE EXERCICO NO HOSPITAL	0,064	0,189
TEMPO DE EXERCICO NO SERVIÇO	0,083	0,126
COMPORTAMENTO DE ESTRUTURAÇÃO	-0,147	0,021
COMPORTAMENTO DE CONSIDERAÇÃO	-0,137	0,029

Pela observação do quadro 26, a variável comportamento de estruturação é a variável que entra no modelo de regressão (pelo método *step-wise*), apresentando um coeficiente de correlação considerado fraco ($r=-0,147$) embora, em termos absolutos, seja considerado o mais elevado, explicando 2,17% da variação com um erro padrão da estimativa de 3,076.

O teste F é estatisticamente significativo, levando à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e o valor de t ao apresentar significância estatística, permite afirmar que a variável independente comportamento de estruturação tem poder explicativo sobre as necessidades sociais (pertença), uma vez que os coeficientes são diferentes de zero. A variável presente no modelo também não é colinear pois apresenta um valor VIF de 1,000.

O coeficiente padronizado beta indica-nos que a variável comportamento de estruturação tem peso preditivo, variando em sentido inverso, pelo que podemos inferir que quanto menor o índice no comportamento de estruturação, mais forte será a motivação para prover as necessidades sociais (pertença). A equação da regressão é:

Necessidades Sociais (Pertença) = 24,649 + (-0,147 Comportamento de Estruturação)

Quadro 26. Regressão múltipla entre as necessidades sociais (pertença) e as variáveis independentes

VARIÁVEL DEPENDENTE: NECESSIDADES SOCIAIS (PERTENÇA)					
R=0,147					
R ² =0,022					
R ² Ajustado=0,016					
Erro Padrão da Estimativa=3,076					
Incremento de R ² =0,022					
F=4,172					
P=0,042					
PESOS DA REGRESSÃO					
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE BETA	COEFICIENTE PADRONIZADO	t	p	COLINEARIDADE VIF
CONSTANTE	24,649				
Comportamento de Estruturação	-0,061	-0,147	-2,043	0,042	1,000
ANÁLISE DE VARIÂNCIA					
EFEITO	SOMA QUADRADOS	GL	MÉDIA QUADRADOS	F	p
REGRESSÃO	39,486	1	39,486	4,172	0,042
RESIDUAL	1788,661	189	9,464		
TOTAL	1828,147	190			

A figura 14 caracteriza a relação que se estabelece entre as necessidades de sociais (pertença) e o comportamento de liderança de estruturação.

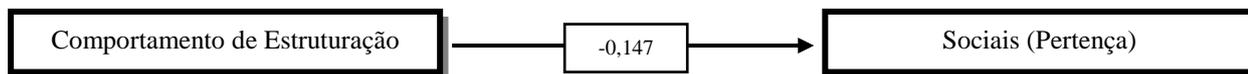


Figura 14. Síntese das relações entre necessidades sociais (pertença) e as variáveis independentes

Relação entre a variável dependente Necessidades de Segurança e as variáveis independentes

Quanto á variável necessidades de segurança, podemos, pela análise dos dados da tabela 47 verificar que as correlações entre as necessidades de segurança e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre (r=-0,033) no comportamento de consideração e (r=-0,194) no tempo de exercício no serviço. As necessidades de segurança estabelecem relações inversas e significativas com as variáveis independentes idade, tempo de exercício na profissão, no hospital e no serviço e comportamento de consideração, pelo que podemos afirmar que quanto menor o índice nestas variáveis independentes, mais elevadas serão as

necessidades de segurança. Com as restantes variáveis independentes assume-se uma relação em proporção direta, em que quanto maior for o seu índice, também maior será a motivação nas necessidades de segurança. Encontramos significância estatística em todas as variáveis, exceto no género ($p=0,273$), comportamento de estruturação ($p=0,245$) e consideração ($p=0,323$).

Tabela 47. Correlação de Pearson entre as necessidades de segurança e as variáveis independentes

VARIÁVEIS	r	p
GÉNERO	0,044	0,273
IDADE	-0,167	0,010
TEMPO DE EXERCICIO NA PROFISSAO	-0,144	0,024
TEMPO DE EXERCICIO NO HOSPITAL	-0,166	0,011
TEMPO DE EXERCICIO NO SERVIÇO	-0,194	0,004
COMPORTAMENTO DE ESTRUTURAÇÃO	0,050	0,245
COMPORTAMENTO DE CONSIDERAÇÃO	-0,033	0,323

Através do método *step-wise*, o tempo de exercício no serviço foi a variável independente que entrou neste modelo de regressão, sendo a que apresenta com a variável dependente, o maior índice de correlação em termos absolutos ($r=-0,194$), embora seja considerado fraco, explicando apenas 3,76% da variação das necessidades de segurança, sendo que o erro padrão da estimativa seja de 3,473.

O valor de VIF (1,000) indica-nos que a variável não é colinear e o teste F, que apresenta significância estatística ($p=0,007$), permite-nos afirmar que a variável é independente. Pelos valores de t podemos concluir que esta variável, tempo de exercício no serviço que entrou no modelo de regressão tem poder explicativo sobre as necessidades de segurança, pois os seus coeficientes são diferentes de zero. O coeficiente padronizado beta indica-nos que a variável tem peso preditivo, variando em sentido inverso, pelo que podemos inferir que quanto menor o tempo de exercício profissional no serviço, maior será a motivação para satisfazer as necessidades de segurança (cf. quadro 27). A equação da regressão é:

$$\text{Necessidades de Segurança} = 23,331 + (-0,194 \text{ Tempo de exercício no serviço})$$

Quadro 27. Regressão múltipla entre as necessidades de segurança e as variáveis independentes

VARIÁVEL DEPENDENTE: NECESSIDADES DE SEGURANÇA					
R=0,194					
R ² =0,038					
R ² Ajustado=0,032					
Erro Padrão da Estimativa=3,473					
Incremento de R ² =0,038					
F=7,379					
p=0,007					
PESOS DA REGRESSÃO					
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE BETA	COEFICIENTE PADRONIZADO	t	p	COLINEARIDADE VIF
CONSTANTE	23,331				
Tempo de exercício no serviço	-0,104	-0,194	-2,716	0,007	1,000
ANÁLISE DE VARIÂNCIA					
EFEITO	SOMA QUADRADOS	GL	MÉDIA QUADRADOS	F	P
REGRESSÃO	89,020	1	89,020	7,379	0,007
RESIDUAL	2280,174	189	12,064		
TOTAL	2369,194	190			

A figura 15 descreve a relação que se constitui entre as necessidades de segurança e o tempo de exercício no serviço.

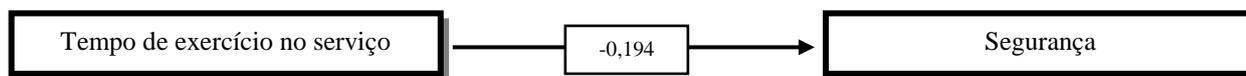


Figura 15. Síntese das relações entre necessidades de segurança e as variáveis independentes

Relação entre a variável dependente Necessidades Fisiológicas e as variáveis independentes

No que respeita às necessidades fisiológicas, podemos observar nos dados reportados na tabela 48, que as variáveis independentes apresentam correlações mínimas que variam entre (r=-0,025) no tempo de exercício no serviço e (r=-0,189) na idade. Com exceção do género, todas as variáveis estabelecem com a variável necessidades fisiológicas correlações inversas, pelo que podemos concluir que quanto mais baixos os índices nestas variáveis, maior será a motivação para as necessidades fisiológicas. Encontramos significância estatística nas variáveis género, idade e tempo de exercício na profissão.

Tabela 48. Correlação de Pearson entre as necessidades fisiológicas e as variáveis independentes

VARIÁVEIS	r	p
GÉNERO	0,202	0,003
IDADE	-0,189	0,004
TEMPO DE EXERCICIO NA PROFISSAO	-0,129	0,038
TEMPO DE EXERCICO NO HOSPITAL	-0,088	0,113
TEMPO DE EXERCICO NO SERVIÇO	-0,025	0,364
COMPORTAMENTO DE ESTRUTURAÇÃO	-0,058	0,211
COMPORTAMENTO DE CONSIDERAÇÃO	-0,033	0,323

Pela consulta do quadro 28, no modelo desta regressão realizada pelo método *step-wise*, entrou em primeiro lugar a variável independente género, que apresenta correlação com o maior valor absoluto ($r=0,202$), explicando 4,08% da variação, com um erro de regressão de 3,178. No segundo passo entrou a variável idade, atingindo o conjunto destas duas variáveis uma correlação fraca, com as necessidades fisiológicas ($r=0,257$), explicando 6,6% da variação, diminuindo o erro padrão da estimativa para 3,153.

O valor de VIF (1,026) indica-nos que as variáveis presentes no modelo não são colineares, enquanto os valores do teste F ($p=0,002$) e os valores de t ($p=0,014;0,025$), ao apresentarem-se como estatisticamente significativos, permitem-nos afirmar que as variáveis que entram neste modelo de regressão, têm valor explicativo sobre a variável necessidades fisiológicas.

O coeficiente padronizado beta indica-nos que a variável que tem maior peso preditivo é a variável género (0,177), seguida da idade em relação inversa (-0,161), pelo que podemos inferir que quanto menor idade, maior motivação para prover as necessidades fisiológicas. A equação da regressão é:

$$\text{Necessidades Fisiológicas} = 25,107 + (0,177 \text{ Género}) + (-0,161 \text{ Idade})$$

Quadro 28. Regressão múltipla entre as necessidades fisiológicas e as variáveis independentes

VARIÁVEL DEPENDENTE: NECESSIDADES FISIOLÓGICAS					
R=0,257					
R ² =0,066					
R ² Ajustado=0,056					
Erro Padrão da Estimativa=3,153					
Incremento de R ² =0,025					
F=5,096					
p=0,025					
PESOS DA REGRESSÃO					
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE BETA	COEFICIENTE PADRONIZADO	t	p	COLINEARIDADE VIF
CONSTANTE	25,107				
Género	1,327	0,177	2,473	0,014	1,026
Idade	-0,067	-0,161	-2,258	0,025	1,026
ANÁLISE DE VARIÂNCIA					
EFEITO	SOMA QUADRADOS	GL	MÉDIA QUADRADOS	F	p
REGRESSÃO	132,604	2	66,302	6,666	0,002
RESIDUAL	1870,035	188	9,947		
TOTAL	2002,639	190			

A figura 16 apresenta a relação que se estabelece entre as necessidades de fisiológicas e o género e a idade.

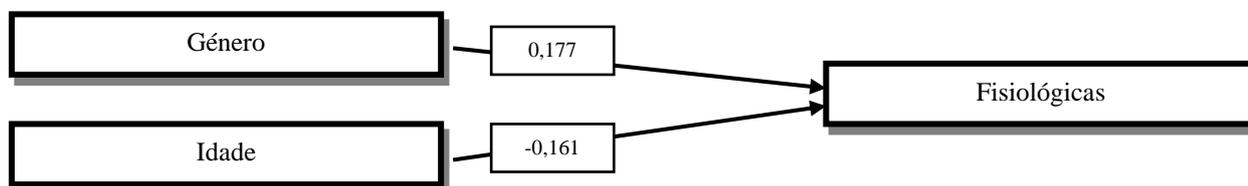


Figura 16. Síntese das relações entre necessidades fisiológicas e as variáveis independentes

Relação entre a variável dependente Necessidades Fisiológicas e as variáveis independentes

Para terminarmos esta análise inferencial, efetuamos uma regressão múltipla entre a variável dependente motivação global e as variáveis independentes em estudo. Na tabela 49 apresentamos as correlações obtidas, consideradas fracas, oscilando entre ($r=-0,014$) no comportamento de estruturação e ($r=-0,121$) na idade. Todas as variáveis independentes exceto o género, estabelecem relações inversas com a variável motivação global, pelo que podemos depreender que quanto menor o índice destas variáveis, maior será a motivação global. Com exceção da idade, nenhuma variável apresenta significância estatística

Tabela 49. Correlação de Pearson entre a motivação global e as variáveis independentes

VARIÁVEIS	r	p
GÊNERO	0,042	0,280
IDADE	-0,121	0,047
TEMPO DE EXERCICIO NA PROFISSAO	-0,063	0,192
TEMPO DE EXERCICO NO HOSPITAL	-0,072	0,161
TEMPO DE EXERCICO NO SERVIÇO	-0,029	0,346
COMPORTAMENTO DE ESTRUTURAÇÃO	-0,014	0,422
COMPORTAMENTO DE CONSIDERAÇÃO	-0,087	0,116

Recorrendo ao método *enter*, ingressaram neste modelo de regressão as variáveis independentes comportamento de consideração, tempo de exercício no hospital, gênero, comportamento de estruturação, tempo de exercício no serviço, idade e tempo de exercício na profissão (cf. quadro 29). Com uma correlação considerada baixa ($r=0,226$), explicam no seu conjunto 5,1% da variação da motivação global, com um erro padrão da estimativa de 11,572.

As variáveis independentes que entram neste modelo apresentam problemas de colineariedade, uma vez que os seus valores de de VIF variam entre 1,066 no gênero e 12,755 no tempo de exercício na profissão. O valor de F não apresenta significância estatística ($p=0,204$), o que leva à aceitação de nulidade entre as variáveis em estudo.

Quadro 29. Regressão múltipla entre a motivação global e as variáveis independentes

VARIÁVEL DEPENDENTE: MOTIVAÇÃO GLOBAL					
R=0,226					
R ² =0,051					
R ² Ajustado=0,015					
Erro Padrão da Estimativa=11,572					
Incremento de R ² =0,051					
F=1,409					
p=0,204					
PESOS DA REGRESSÃO					
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE BETA	COEFICIENTE PADRONIZADO	t	p	COLINEARIDADE VIF
CONSTANTE	134,126				
Comportamento de Consideração	-,219	-,141	-1,464	,145	1,787
Tempo de exercício no hospital	-,175	-,114	-,664	,508	5,649
Gênero	,702	,026	,350	,727	1,066
Comportamento de Estruturação	,099	,064	,671	,503	1,737
Tempo de exercício no serviço	,070	,040	,382	,703	2,066
Idade	-,767	-,512	-2,457	,015	8,367
Tempo de exercício na profissão	,744	,481	1,872	,063	12,755
ANÁLISE DE VARIÂNCIA					
EFEITO	SOMA QUADRADOS	GL	MÉDIA QUADRADOS	F	p
REGRESSÃO	1320,570	7	188,653	1,409	,204 ^b
RESIDUAL	24507,650	183	133,922		
TOTAL	25828,220	190			

Recorrendo à construção da figura 17, apresentamos uma síntese das relações identificadas pelas regressões múltiplas, realizadas entre as variáveis independente, as subescalas de necessidades e a motivação global, exibindo as variáveis consideradas predictoras, com o seu valor preditivo inscrito.

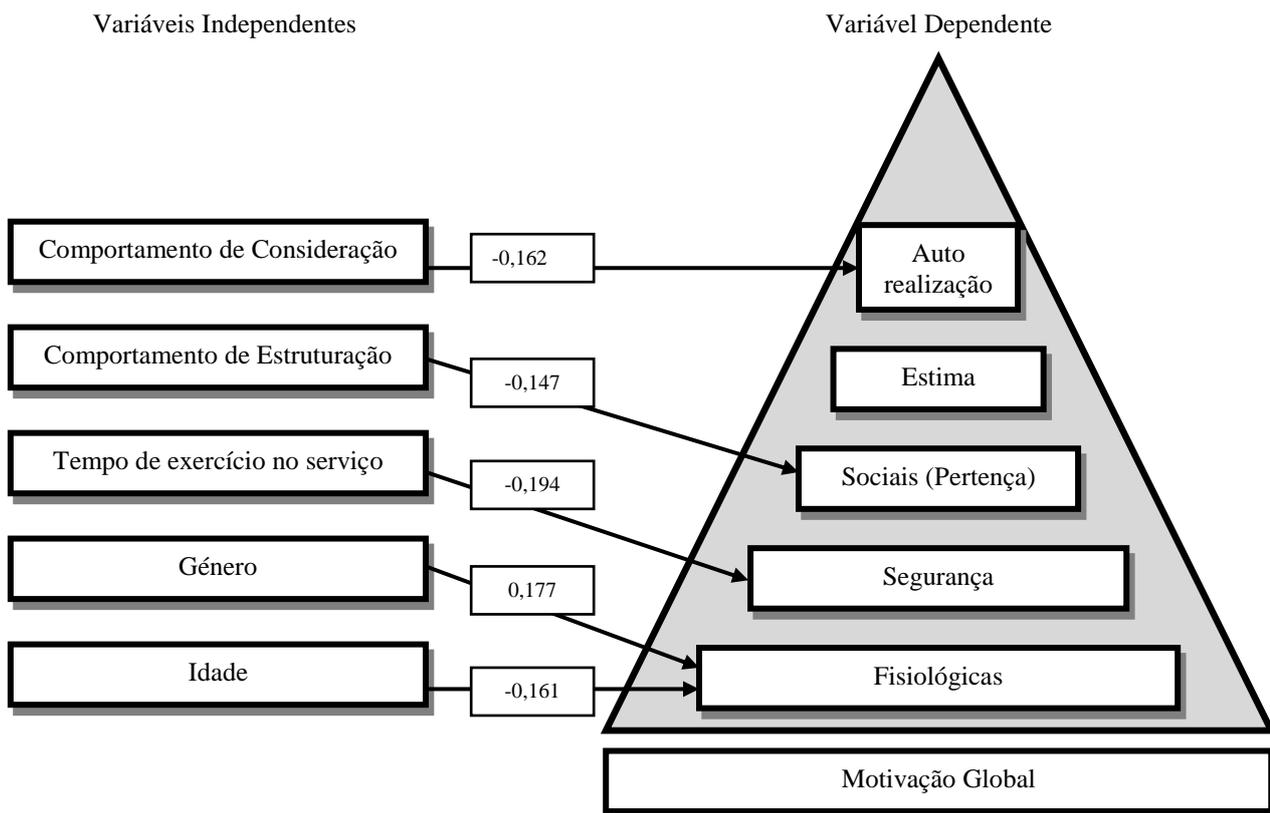


Figura 17. Síntese das relações entre motivação global e as variáveis independentes

Em síntese:

- O género feminino apresenta maior motivação nas necessidades mais elevadas da pirâmide de Maslow como a *autorrealização* e *estima* enquanto o género masculino pontua com maior motivação nas necessidades mais básicas como *segurança* e *fisiológicas*, esta última com significância estatística ($p=0,004$);
- As necessidades mais baixas da pirâmide – *fisiológicas*, são as que pontam com maior motivação, com o grupo etário ≥ 43 anos a demonstrar pouca motivação em detrimento do grupo etário ≤ 34 anos que pontua como muito motivado, diferenças que apresentam significância estatística ($p=0,032$);

- Os enfermeiros sem companheiro pontuam melhor a sua motivação nas necessidades de *autorrealização*; os enfermeiros com companheiro pontuam melhor nas necessidades de *segurança*. É nas necessidades *sociais (pertença)* que se localizam as maiores diferenças entre ambos os grupos, estatisticamente muito significativas ($p=0,002$);
- Os enfermeiros especialistas apresentam índices de motivação mais elevados nas necessidades de *autorrealização*, enquanto os enfermeiros de cuidados gerais pontuam melhor a sua motivação nas necessidades mais basilares como nas necessidades de *segurança e fisiológicas*, não sendo as diferenças estatisticamente significativas;
- Embora sem significância estatística, o horário rotativo é mais motivador que o horário fixo (pouco motivador);
- Quem acumula funções prestação e gestão apresenta níveis de motivação elevados, com diferenças significativamente significativas a nível das necessidades *sociais* ($p=0,019$);
- Os enfermeiros liderados por enfermeiros responsáveis, registam melhores índices de motivação em praticamente todas as necessidades, com especial ênfase nas necessidades mais baixas (*segurança e fisiológicas*); contudo as diferenças não são estatisticamente significativas;
- O tempo de exercício no hospital apresentam diferenças estatisticamente significativas a nível das necessidades de *segurança* ($p=0,011$), com os enfermeiros mais novos a pontuar melhor a sua motivação em relação aos mais experientes;
- Também o tempo de exercício no serviço apresenta diferenças estatisticamente significativas a nível das necessidades *sociais (pertença)* ($p=0,047$), com os enfermeiros com menos tempo no serviço a demonstrarem menores índices de motivação;
- Há uma relação preditora inversamente proporcional ($-0,162$) entre o comportamento de liderança de *consideração* e a necessidade de *autorrealização*, sendo que quanto menor o índice no comportamento de liderança de *consideração*, mais forte será a motivação para satisfazer a necessidade de *autorrealização*;
- Há uma relação preditora inversamente proporcional ($-0,147$) entre o comportamento de liderança de *estruturação* e as necessidades *sociais (pertença)*, sendo que quanto menor o índice no comportamento de *estruturação*, mais forte será a motivação para as necessidades *sociais (pertença)*;
- Há uma relação preditora inversamente proporcional ($-0,194$) entre o tempo de exercício profissional no serviço e as necessidades de *segurança*, sendo que quanto menor o

tempo de exercício profissional no serviço, maior será a motivação para prover as necessidades de *segurança*;

- Há uma relação preditora inversamente proporcional (-0,161) entre idade e as necessidades *fisiológicas*, sendo que quanto menor idade, maior será motivação para satisfazer as necessidades *fisiológicas*.

CAPÍTULO 3 – DISCUSSÃO

“A ciência só pode progredir”
Galileu

Após no capítulo anterior termos apresentado a análise estatística dos dados obtidos junto dos enfermeiros do HAL, vamos nesta fase do relatório elaborar uma das fases mais importantes de um trabalho de investigação – a discussão dos resultados obtidos pela investigação empírica, destacando os que mais se evidenciam.

Esta importante etapa do estudo científico leva-nos a comparar e confrontar os resultados entre si, fazendo referência à teoria e aos trabalhos relacionados com a temática em investigação. Desse confronto tiram-se conclusões, avaliam-se implicações e propõe-se recomendações aplicáveis à prática e a futuras investigações. No fundo produz-se conhecimento (Fortin, 2009).

Estruturamos este capítulo, primeiro com uma reflexão sobre a estratégia metodológica aplicada, seguida da discussão analítica dos resultados obtidos e aferidos com o enquadramento teórico subjacente.

3.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Foi nossa preocupação desde o início deste estudo, desenvolver um trabalho com base no rigor metodológico, uma vez que só assim teremos o garante de realizarmos uma investigação científica marcada pela fiabilidade e exatidão. Optamos por uma metodologia não experimental, quantitativa, transversal e descritivo-correlacional, no sentido de estudarmos de que forma o contexto sociodemográfico, profissional e o comportamento de liderança se repercutiam na motivação dos enfermeiros do HAL.

Considerando as características do tipo de estudo, população e os objetivos da investigação, decidimos pela escolha e elaboração de um instrumento de recolha de dados autoaplicado. Além das perguntas que caracterizaram a vertente sociodemográfica e profissional dos participantes, caracterizamos a motivação e o comportamento de liderança, elegendo o *Motivation Questionnaire* e o questionário LBDQ, cuja fiabilidade e confiabilidade foram testadas através de estudos psicométricos preconizados e que se traduziram em níveis de consistência *bons* e *muito bons*. Esta escolha garantiu-nos precisão,

segurança, uniformidade e objetividade dos dados recolhidos, indispensáveis para nos darem as respostas que procurávamos para as questões de investigação formuladas.

No que respeita aos procedimentos formais e éticos relativos a esta investigação, eles foram cumpridos na sua íntegra, privilegiando, como era imperativo, o respeito pela liberdade de participação, confidencialidade e anonimato, bem como todos os princípios éticos e morais inerentes à pesquisa científica.

Uma limitação deste estudo prende-se com a técnica de amostragem que no nosso caso, foi uma amostragem não probabilística por conveniência, o que neste tipo de amostragem torna a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra, diferente dos outros elementos, o que pode tornar esta amostra não representativa da população em estudo.

Outra limitação prender-se-á com o âmbito do próprio estudo que se cingiu unicamente à unidade orgânica hospitalar - HAL, deixando de incluir no estudo as restantes 8 unidades dedicadas aos cuidados de saúde primários e que englobam a ULS Castelo Branco. Seria interessante confrontar como estas realidades diferentes espelham a sua motivação.

Debruçamo-nos sobre o estudo do comportamento de liderança percebido pela ótica dos enfermeiros liderados. Esta abordagem sobre uma das faces da liderança poderá também constituir uma limitação, pois seria importante recolher a opinião dos próprios líderes de enfermagem sobre a liderança em si e cruzar essa opinião com a percepção recolhida.

Importa referir que o tratamento dos dados recolhidos foi feito com recurso ao programa SPSS, que nos facultou os procedimentos estatísticos adequados preconizados pelos diferentes autores consultados, possibilitando a realização de testes estatísticos paramétricos e não paramétricos, apropriados à análise descritiva e inferencial dos dados.

Pelo exposto, consideramos que as opções metodológicas tomadas foram as adequadas ao tipo de investigação, conscientes que um período de tempo de recolha de dados ampliado poderia produzir uma amostra maior, enriquecendo os resultados em análise. Relegando as eventuais limitações, consideramos que os resultados obtidos permitem-nos responder às questões em investigação, atingir os objetivos planeados e adquirir conhecimento sobre a problemática em estudo, provendo subsídios para a promoção de estratégias conducentes à melhoria da motivação destes profissionais.

3.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ficou patente ao logo deste relatório a nossa apreensão quanto aos resultados produzidos pelas mudanças organizacionais em contexto laboral, secundárias ao cenário de

crise socioeconómica e globalização que assiste a sociedade, com impacto esperado na orgânica da classe de enfermagem.

A motivação profissional e liderança em enfermagem são conceitos dinâmicos, próximos e interdependentes. Percecionar como um conceito influencia o outro e como essa influência se espelha no trabalho dos enfermeiros, foi o mote deste estudo, pelo que o diagnóstico produzido poderá apontar caminhos conducentes a mais e melhor motivação dos enfermeiros e superior capacitação da liderança em enfermagem. Este diagnóstico é, desde há alguns anos, objeto de pesquisa tida como essencial pelas instâncias que superiormente nos dirigem e coordenam – ICN e OE. No que respeita aos enfermeiros do HAL, pelo carácter precursor deste estudo, esperamos extrai-lo ao longo desta discussão de resultados.

Contexto sociodemográfico e profissional

A amostra do presente estudo, é constituída por 192 enfermeiros do HAL, sendo a maioria do género feminino (75,5%), com uma média de idades de 38,63 anos. O grupo etário mais prevalente foi o dos 35-42 anos. Estes valores refletem a realidade da profissão de enfermagem, com claro domínio no número de elementos do género feminino, uma tendência histórica (Colliére, 1999; Costa, 2009). O nível etário é tendente para o elevado, com uma amplitude entre os 23 e os 56 anos, dados semelhantes aos recolhidos por outras investigações (Alves, Ribeiro, & Campos, 2010; Carneiro, 2009; Furtado, Batista, & Silva, 2011; Junqueira, 2006; Dias, 2001). De igual modo a proporção entre enfermeiros do género masculino e feminino é consentânea com os números nacionais, referentes aos membros inscritos na OE, em que 12166 (18,6%) são enfermeiros e 53301 (81,4%) são enfermeiras (OE, 2012).

A maioria dos enfermeiros (89,1%) vive na cidade, com uma demora média entre o domicílio e o local de trabalho de 10,5 minutos. Quase $\frac{3}{4}$ da amostra total (73,4%) tem algum tipo de relação com um companheiro(a), um dado importante que vamos reter, para avaliar a influência deste fator na motivação dos enfermeiros, para proverem as suas necessidades de *segurança e sociais (pertença)*, constantes da hierarquia de Maslow.

Em termos profissionais, 166 enfermeiros (86,5%) são licenciados e 170 (88,5%), exercem na prestação direta de cuidados de enfermagem, um dado acima da realidade nacional, estimado pela OE em 81,1% (OE, 2012). Mais de metade dos enfermeiros (51,6%), tiveram oportunidade de escolher o serviço onde prestam funções. Este poder de opção influi decididamente no aumento da motivação intrínseca destes profissionais, estimulada pelo entusiasmo e paixão que o trabalho escolhido pode suscitar a quem o realiza (Carneiro, 2009; Cunha et al., 2007; Deci & Ryan, 2008; Lussier & Achua, 2010; Pedro & Olivieri, 2008).

Da amostra, 43 enfermeiros (22,4%) têm uma especialidade, sendo o género feminino o que mais procura estes ciclos de estudo pós-licenciatura. As especialidades mais representadas são as de Saúde Materna e Obstétrica e Reabilitação, estando este resultado em consonância com os dados da OE (2012), que indicam que estas especialidades são as que têm mais enfermeiros especialistas no ativo. Salientamos aqui a relevância deste dado representativo de uma parte importante dos enfermeiros participantes (¼ da nossa amostra), que ao procurar novas competências, procura a satisfação da motivação relacionada com as necessidades de *autorrealização*, situadas no topo da pirâmide de Maslow. Ao melhorar o seu próprio conhecimento, experiência, e competência, melhoram a sua produtividade. Aqui o líder e a instituição terão um papel importante, porque dando condições e incentivando a progressão, a autonomia e a responsabilidade, estimulam a motivação, repercutindo-se no desempenho da organização em si (Carneiro, 2009; Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010; Northouse, 2013; Pedro & Olivieri, 2008).

Os enfermeiros do género masculino praticam, maioritariamente, o horário rotativo, em detrimento das enfermeiras que optam mais pelo horário fixo. Estes dados refletem aspetos culturais inerentes à população portuguesa, em que o papel da mulher está mais vincado aos aspetos familiares e domésticos, surgindo o horário fixo como facilitador dessa premissa. O agregar do horário rotativo ao género masculino, surgirá por força da realização pessoal e incremento de ganhos económicos associados a este tipo de horário, um achado estatístico já identificado por Costa (2009) e Oliveira & Pereira (2012) e que poderá ser relevante para a avaliação da motivação profissional em associação ao horário praticado.

A maioria dos enfermeiros participantes deste estudo (73,4%) têm um CTFP por tempo indeterminado com a instituição HAL, um dado similar aos registados por Alves, Ribeiro, & Campos (2010), Carneiro (2009), Furtado, Batista, & Silva, (2011) e Lameiras (2010). Este vínculo contraria um pouco a tendência atual de precarização da relação de emprego, proporcionando por outro lado um fator motivacional importante para os enfermeiros do HAL, ao garantir a satisfação das necessidades de segurança onde se incluí a segurança do emprego (Adair, 2006; Cunha et al., 2007; Ferreira, Santos, & Serra, 2010). Contudo, os 26,6% de enfermeiros participantes, contratados em regimes considerados menos estáveis, representam um número com tendência crescente e uma preocupação que importa vincular e referenciar em estudos futuros sobre o impacto da precarização na motivação e consequente produtividade na classe.

Em média, os enfermeiros do HAL estão na profissão há 15,9 anos com tempos mínimos e máximos de 1 e 35 anos respetivamente. Este valor é superior ao obtido pelas

pesquisas similares aqui referenciadas (Carneiro, 2009; Furtado, Batista, & Silva, 2011; Lameiras, 2010), em que a população de enfermeiros em estudo denota menos anos de experiência acumulados.

Comportamento de liderança e o contexto sociodemográfico e profissional

Importa destacar que o estudo em si não tem objetivos direcionados para a liderança como uma entidade em destaque, mas sim para os contributos que os comportamentos de liderança podem dar no que respeita ao seu papel mais ou menos modelador da motivação profissional.

Como conceito complexo e dinâmico, percebemos que não há uma única interpretação que explique e fomente todo o processo de liderança. O papel do líder é fundamental no processo, mas não é possível compreender este conceito apenas com base nessa função, uma vez que a situação e os colaboradores também são variáveis a ter em conta no sucesso da liderança. Investigar e reconhecer a influência, importância e peso relativo dessas variáveis no contexto da liderança, dá-nos subsídios para fomentá-la, direcioná-la e aperfeiçoá-la, uma vez que possível treinar pessoas num determinado sentido, apurar-lhes o comportamento de liderança, aproximando-os do líder eficaz (Barracho, 2012; Rocha, 2010).

Levantamos anteriormente, no capítulo referente à metodologia, questões de investigação para este estudo empírico. No que refere ao comportamento de liderança propusemo-nos determinar quais os perfis de comportamento de liderança presentes nos enfermeiros-chefes e responsáveis de serviço do HAL e de que forma eram percebidos esses comportamentos pelos enfermeiros das diferentes equipas de enfermagem.

À data da recolha dos dados, o HAL tinha 21 equipas de enfermagem, formalmente constituídas por enfermeiros e um enfermeiro líder. Pudemos observar que dessas equipas, 11 são lideradas por enfermeiros responsáveis (especialistas ou enfermeiros de cuidados gerais) e as restantes 10 são lideradas por enfermeiros chefes de carreira. Este dado, reflete as mudanças que todo este cenário de impasse na carreira de enfermagem tem produzido nas instituições e na orgânica da classe. Assistimos à saída, maioritariamente por aposentação, dos enfermeiros chefes de carreira que gradualmente são substituídos por enfermeiros responsáveis, sem se vislumbrar metamorfoses organizacionais, no que respeita à liderança formal das equipas, incluindo estratégias concertadas das organizações tutelares quanto à identificação, preparação e posse de novos líderes. E o resultado da investigação empírica traz-nos dados que nos preocupam, que refletem esse impasse, requerendo atenção e mudanças neste cenário por parte da tutela, gestão de topo e associações profissionais.

A maioria dos enfermeiros do HAL percebe o comportamento dos enfermeiros responsáveis como de *baixa estruturação* (52,9%), caracterizando os dos enfermeiros chefes como de *elevada estruturação* (46,2%) ($p=0,040$). Inversamente caracterizam o comportamento dos enfermeiros chefes como de *baixa consideração* (52,9%) e o dos enfermeiros responsáveis como de *elevada consideração* (55,8%) ($p=0,018$). Ambas as diferenças de comportamento têm peso estatisticamente significativo.

Quanto aos enfermeiros chefes, estes dados demonstram a adoção de um comportamento de liderança de *alta estruturação - baixa consideração*, revelando que têm uma elevada orientação para a realização das tarefas, relegando para segundo plano o relacionamento. A liderança destes profissionais tem base no poder formal da sua posição, direcionando-se para o trabalho, a prossecução de objetivos, privilegiando a racionalidade, o planeamento, o controlo e as regras, aproximando-se mais do papel de gestor (Barracho, 2012; Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010; Northouse, 2013).

Podemos conceber que estes profissionais assumem preferencialmente este comportamento, derivado da posição formal que detém, refletindo a hierarquia que ainda encabeça as relações no seio da administração pública (Rocha, 2010). Há uma estrutura hierárquica que assegura o comando, a organização e o controlo. Centram-se no domínio da lei e na posição de chefia, controlando os colaboradores pelo poder e autoridade formal (Barracho, 2012). A (in)definição de objetivos não reflete o real desempenho dos serviços. Quando definidos, reflete as exigências políticas, económicas e institucionais, sem o envolvimento dos enfermeiros liderados, afastando-os do cânone que associa produtividade, satisfação e motivação ao envolvimento e responsabilização dos colaboradores, no planeamento, objetivação e avaliação do trabalho desenvolvido.

No que respeita ao comportamento dos enfermeiros responsáveis, estes manifestam um comportamento de liderança de *baixa estruturação - alta consideração*, mostrando que têm uma elevada orientação para o relacionamento com os colaboradores, relegando para segundo plano a realização da tarefa. Estes responsáveis preocupam-se mais com as pessoas, suas necessidades e com as relações que estabelecem, de uma forma mais emocional e dinâmica. Privilegiam o respeito, confiança, influência, motivação e comunicação, aproximando-se mais do papel de líder (Barracho, 2012; Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010; Northouse, 2013).

Estes profissionais apresentam esta proximidade fruto da evolução natural que têm no seio da equipa, em que passaram de prestadores de cuidados a líderes da equipa de enfermagem, os mesmos com os quais trabalhavam lado a lado. Conhecem melhor a realidade

da sua equipa, uma vez que detém uma posição menos formal, mais próxima dos que lideram, afastando-se do sistema fechado, formal, para um sistema mais aberto, baseado na influência. Contudo a menor preocupação com a tarefa, poderá igualmente influir na eficácia e produtividade da equipa, embora um comportamento de elevada consideração possa apresentar índices de motivação mais elevados (Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010; Northouse, 2013).

No global os enfermeiros pontuam melhor o comportamento de consideração em detrimento do comportamento de estruturação, com o género masculino a demonstrar diferenças significativas em relação ao género feminino, que pontua ambos os tipos com menores valores de perceção ($p=0,018$). Na pesquisa de Alves, Ribeiro, & Campos (2010), foram encontradas diferenças significativas entre o género e o estilo de liderança, com o género masculino a mostrar-se mais motivado para a tarefa. No estudo de Lameiras (2010) o líder integrador (que totaliza elevada orientação para a tarefa e elevada orientação para as pessoas) foi o que obteve maiores pontuações na perceção dos colaboradores da ARS Bragança. No entanto não encontrou diferenças nem com a idade nem com o género.

O estudo de Sørensen, Delmar, & Pedersen, (2011) que se debruçou sobre 3 tipos de papéis assumidos pelos enfermeiros líderes, concluíram que um papel híbrido, que conjugava proximidade ao trabalho de prática clínica, associado às tarefas de liderança da equipa, proporcionava “*dialectical interaction between nursing and leadership, leading to a stable and proactive practice*”⁶⁴ (Sørensen, Delmar, & Pedersen, 2011, p.428). Desmontando o contexto do papel híbrido nas suas constituintes, facilmente podemos verificar verosimilhança entre este e o comportamento com elevada orientação para a tarefa e elevada orientação para as pessoas, tido como o papel que mais se aproxima do líder eficaz (Cunha et al., 2007; Germain & Cummings, 2010; Lussier & Achua, 2010; Northouse, 2013).

Pudemos observar que há uma associação entre o comportamento de liderança e a idade dos enfermeiros que a percecionam. Os enfermeiros com idade ≥ 43 anos percecionam pior o comportamento de liderança de *estruturação* dos seus líderes em detrimento dos enfermeiros com menos anos (≤ 34 anos), uma associação com significância estatística muito significativa ($p=0,006$). O mesmo grupo etário (≥ 43 anos) também perceciona pior o comportamento de liderança de *consideração*, uma associação igualmente com um significância estatística muito significativa ($p=0,008$). Afirmamos nós, em consonância com alguns autores já aqui referidos, que estes enfermeiros, fruto da experiência acumulada e maturidade conferida pela idade, é

⁶⁴ Interação dialética entre os enfermeiros e a liderança, conduzia a uma prática (clínica) estável e proactiva.

natural que essa percepção seja inferiormente pontuada, espelhando algum descrédito em relação à profissão, em que a proximidade ao enfermeiro líder personifica as inferiores expectativas em relação à instituição, sector e profissão. Por outro lado podemos incluir aqui a concepção vertida pela teoria, que os colaboradores com um elevado nível de conhecimento, experiência, maturidade e competências acrescidas, a liderança instrumental do líder é desnecessária, pois os liderados sabem realizar as tarefas, de uma forma autónoma e responsável (Cunha et al., 2007; Northouse, 2013). Dúvidas que somente uma investigação mais reflexiva sobre estes pontos em destaque poderia aclarar.

Do mesmo modo a avaliação do tempo de exercício profissional, nas vertentes na profissão, hospital e serviço, apresentam diferenças significativas, em que os enfermeiros mais novos, pontuam sempre melhor o comportamento de liderança que os enfermeiros com mais tempo de exercício.

Encontramos diferenças altamente significativas no tipo de comportamento de *estruturação* e muito significativas para o comportamento de *consideração* em relação ao tempo de exercício na profissão ($p=0,001$; $p=0,008$). Também, em relação ao tempo de exercício no hospital, encontramos diferenças estatísticas muito significativa, para o comportamento de liderança de *estruturação* ($p=0,002$). Por fim e não contrariando a tendência, em relação ao tempo de exercício no serviço e o comportamento de liderança percebido, os achados estatísticos são similares e significativos ($p=0,005$ para o comportamento de *estruturação* e $p=0,003$ para o comportamento de *consideração*). Esta tendência para o tempo de exercício profissional se correlacionar com a liderança já tinha sido evidenciada por Alves, Ribeiro, & Campos (2010), justificando o fato que os enfermeiros com maior experiência profissional, demonstram uma percepção mais frequente das atitudes e capacidades relativas às situações vivenciadas.

Observamos também que há diferenças significativas na percepção tida pelos enfermeiros do horário fixo em relação aos enfermeiros do horário rotativo quanto ao comportamento de *consideração* do enfermeiro líder ($p=0,017$). Poderemos salientar as concepções anteriores, em que associamos o horário rotativo a uma maior responsabilização e liberdade na realização da tarefa, logo maior autonomia dos enfermeiros o que poderá influir a sua percepção sobre o líder, considerando o seu comportamento redundante e desnecessário, uma vez que conhecem e compreendem claramente os objetivos organizacionais (Cunha et al., 2007; Lussier & Achua, 2010; Northouse, 2013). Por outro lado, os enfermeiros do horário fixo pela proximidade e frequente relação com o enfermeiro líder, acabam por perceber melhor esse comportamento, reconhecido pela sua orientação para as pessoas focando-se nas necessidades

intrínsecas das pessoas e no desenvolvimento de relações (Lussier & Achua, 2010; Northouse, 2013).

Por último, debatendo as diferenças identificadas na percepção do comportamento de liderança entre enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas, verificamos que são significativas ($p=0,005$) entre os dois grupos associando-se aos enfermeiros de cuidados gerais melhor percepção sobre o comportamento do líder. Esta associação foi também identificada por Alves, Ribeiro, & Campos (2010), Carneiro (2009) e Martins (2002), cuja justificação partilhamos, em que os enfermeiros especialistas, tendencialmente detentores de maior formação na área da gestão e liderança, conferida por ciclos de estudo pós-licenciatura, têm maiores condições de avaliar objetivamente o líder, os comportamentos que assume e a influência deste no desempenho da equipa.

Motivação e o contexto sociodemográfico e profissional

O estudo da motivação permite retirar algumas ilações aplicáveis nos contextos de trabalho, potenciando a produtividade da equipa (Halepota, 2005; Rocha, 2010). O conceito, embora profundamente individual, é igualmente influenciado pela dinâmica do ambiente organizacional onde se pretende promover-lo e não tem uma fórmula única, universal aplicável em todas as situações e indivíduos. Há que gerir necessidades que estimulam comportamentos, na procura da sua satisfação, tendo em vista expectativas, objetivos e recompensas. No cerne estão as necessidades humanas e o fluxo comportamental que realizamos para provê-las (Brundett, 2010; Cunha et al., 2007; Halepota, 2005).

A nossa questão de partida, que no conjunto dos seus constituintes, originou e fundamentou toda esta investigação, levantava a dúvida de qual seria a motivação dos enfermeiros do HAL e de que forma o contexto sociodemográfico e profissional seria influenciador dessa motivação. Recolhidos e analisados à luz das diferentes técnicas estatísticas, os dados produzidos salientaram algumas associações que nos permitem inferir quanto á motivação subjacente e onde a mesma carece de respostas organizacionais, com vista a promover-la.

Da análise dos dados referentes à motivação dos enfermeiros do HAL, permite-nos afirmar que, no global, os enfermeiros apresentam-se como *motivados* ($110,43 \pm 11,723$). Categorizando, 77 enfermeiros (40,1%) mostram-se *muito motivados*, em oposição a 70 profissionais (36,5%) que se consideram *pouco motivados*.

Seria desejável, tendo em vista a influência e peso da motivação no comportamento organizacional, desempenho, eficácia e produtividade, que esse nível fosse de *muito*

motivado. Por outro, perante o cenário de crise e instabilidade presente no país, castrador, na nossa opinião, do funcionamento da administração pública e da orgânica e empenho da classe de enfermagem, seria expectável a obtenção de valores inferiores, ao nível de *pouco motivados*.

Aprofundando a análise, rapidamente percebemos que há uma elevada assimetria entre a motivação manifesta pelos enfermeiros, com quase metade da amostra a considerar-se *muito motivados*, em franca oposição a outros tantos enfermeiros do HAL que se consideram *pouco motivados*. Dois polos opostos entre a maior e menor motivação, que acabam por concentrar em si a opinião da maioria dos enfermeiros da amostra.

Analisado de uma forma mais distante, estes valores são sintomáticos e, expressam-nos que estamos perante uma classe que necessita de alguma atenção e mudanças no sentido de elevar a sua motivação global. Obter uma maioria clara como *muito motivada*, seria o valor idealmente esperado pela organização, uma vez que valores baixos de motivação, podem ter implicações diretas na qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem e, por inerência, no sucesso da organização e do líder (Dias, 2001; Lameiras, 2010). Há que identificar e promover os fatores motivadores se queremos equipas com elevada performance e eminente compromisso com os objetivos da organização (Germain & Cummings, 2010).

Para identificar os fatores motivacionais a intervir, há que desmontar o conceito de motivação nas necessidades que o compõem. Pudemos verificar que é nas necessidades mais baixas – *fisiológicas*, seguida de *segurança e sociais (pertença)* que os enfermeiros do HAL apresentam maior motivação. No estudo de Lameiras (2010) também ficou patente que os colaboradores denotavam maior motivação para as necessidades mais basilares (*afiliação e sucesso*). Uma motivação elevada nestas necessidades evidencia que os enfermeiros do HAL sentem necessidade de estabilidade a nível do provimento das necessidades elementares da sua existência humana, segurança a nível do emprego com contratos seguros, remuneração estável e um bom grau de integração e interação social potenciada por relações duráveis e assentes (Adair, 2006; Cunha et al., 2007; Ferreira, Santos, & Serra, 2010; Lameiras, 2010).

No que respeita às necessidades *sociais (pertença)* onde o aspeto relacional influencia a motivação, salientamos o facto dos enfermeiros com companheiro (73,4% da amostra) apresentarem-se como *muito motivados*, em detrimento dos enfermeiros sem companheiro (26,4%), declaradamente *pouco motivados*, uma diferença com evidente significância estatística ($p=0,002$). Por outro lado os enfermeiros sem companheiro conseguem pontuar melhor a sua motivação para a *autorrealização*, podendo aqui a dedicação à carreira e o incremento das suas competências surgir como uma alternativa à sua forma de vida mais

solitária, em que o aproveitamento do tempo livre será menos canalizado para a família e mais para o incremento do conhecimento e competência. Um dado que seria importante discernir em conjunto com outras variáveis, num estudo mais direcionado.

É nas necessidades mais elevadas da pirâmide que se notam índices de motivação mais baixos. Menores valores a nível da *autorrealização*, evidenciam que os enfermeiros sentem pouca motivação para desenvolverem as suas competências, maiores responsabilidades e independência, com base em objetivos ambiciosos realizáveis. Pontuação mais baixa a nível das necessidades de *estima* reflete um afastamento do reconhecimento público e organizacional do trabalho que desenvolvem, do desempenho que alcançam e dos progressos que realizam (Adair, 2006; Cunha et al., 2007; Ferreira, Santos, & Serra, 2010).

Confrontando estes resultados com a realidade da nossa população, poderemos cruzar aqui o importante dado de que somente 22,4% dos enfermeiros da nossa amostra tinham ciclos de estudos superior à licenciatura, havendo apenas 1 doutorado. É sintomático este panorama, uma vez que para satisfazerem essas necessidades, os enfermeiros têm que investir na sua própria formação como garante do aumento de competências e consequente aumento da responsabilização. O busílis da questão coloca-se nas recompensas que daí advém, em que a presente indefinição da carreira não traz qualquer reforço motivacional, pois não há garante de haver o reconhecimento público das novas competências (como por exemplo promover o enfermeiro a enfermeiro especialista em posição de carreira), não há recompensas personalizadas para facilitar a sua realização (diminuição do horário de trabalho, bolsas académicas, licenças sabáticas), nem existe, à posteriori, a devida correção salarial para recuperar o investimento e remunerar aumento de competências e responsabilização. Um ciclo que urge quebrar.

Da pesquisa de Lameiras (2010) a menor motivação dos colaboradores para as necessidades de *poder*, que grosso modo correspondem às necessidades de topo da pirâmide de Maslow, foram conotadas, não ao parco reconhecimento aqui explanado, desmotivante no nosso entender, mas sim à presença em grande escala de líderes integradores, que ao denotarem elevada orientação para as pessoas e para as tarefas, os liderados acabavam por não evidenciar essas necessidades de poder.

Embora sem significância estatística pudemos verificar que os enfermeiros especialistas apresentam indícios de motivação mais elevados nas necessidades de *autorrealização*, com os enfermeiros de cuidados gerais a pontuar melhor as necessidades mais basilares como *segurança* e *fisiológicas*. Poderemos encaixar aqui que com o aumento das competências e responsabilização, os profissionais mais graduados encontram acervo para a demanda por

estudos ainda mais diferenciados, porque encontraram a seu tempo, o devido reconhecimento e categorização na carreira. Este facto hoje já não se verifica para os enfermeiros especialistas mais recentes, que ao completarem esse ciclo de estudos, não são reconhecidos nem gratificados em termos de carreira ou outras recompensas de carácter organizacional. Um achado pertinente comum à investigação de Lameiras (2010).

Agregado a este dado, podemos analisar o facto de alguns enfermeiros que assumem cumulativamente funções de prestação com gestão (por exemplo, como corresponsáveis de serviço ou responsáveis de turno) evidenciarem a sua motivação global como *muito motivados*, indo de encontro à premissa que são fatores motivadores a autonomia na prática, a participação dos enfermeiros no planeamento, existência de boas relações interpessoais, a disponibilidade de recursos e a influência no perfil de liderança, fatores perfeitamente encaixáveis nos degraus superiores da hierarquia das necessidades (Bezerra et al., 2010; Germain & Cummings, 2010). Especificando, é nas necessidades *sociais (pertença)* que essas diferenças são estatisticamente significativas ($p=0,019$) com este grupo de enfermeiros a demonstrar elevada motivação em termos relacionais, em que a nível laboral assumem importância a promoção da integração e a interação social entre colaboradores.

Em relação ao género, pudemos presenciar que no global, os enfermeiros do HAL demonstram maior motivação do que as enfermeiras, embora sem significância estatística. É um achado estatístico comum a alguns trabalhos de pesquisa referidos por Carneiro (2009) e Lameiras (2010), em que os enfermeiros apresentam-se mais motivados, aludindo às questões de prestígio, desafio técnico e potenciais ganhos económicos, aspirando a reconhecimento mais amplo, dando maior importância à visibilidade e às funções de liderança. As enfermeiras têm menor ambição e menor motivação para lugares de destaque, podendo ser constrangedores as exigências familiares, influenciando a sua motivação. Contudo este resultado não é comum a outros estudos similares como o de Gonçalves (1998) e Pereira e colaboradores (2008, citados por Carneiro, 2009) que não encontraram significância estatística entre o género e a motivação, exigindo-se mais investigação, direcionada entre o género e motivação, para se conhecer de forma coerente e aprofundada os fatores potencialmente influenciadores.

Pormenorizada esta questão em relação à hierarquia das necessidades, percebemos que os enfermeiros do género masculino apresentam maior motivação nas necessidades mais básicas, como as *fisiológicas, segurança e sociais* refletindo a procura do suporte económico, a segurança do emprego e a estabilidade inter-relacional, como espelho de maior motivação, que reflete algum tradicionalismo cultural que se impõe ao homem. As enfermeiras pelo

contrário pontuam com mais motivação as necessidades mais elevadas como *estima* e *autorrealização*, impelindo a procura de formação acrescida, mais competências e maior responsabilização na profissão. Este dado não reflete os reportados de Carneiro (2009), pelo que seria importante perceber se esta motivação surge nas enfermeiras de grupos etários mais elevados, por estarem mais libertas das tarefas extraprofissionais relacionadas com a família, ou se há outros fatores a moldar essa motivação.

No que respeita à idade, há influência sobre a motivação. A maioria dos enfermeiros da amostra com idade superior a 43 anos, sentem-se *pouco motivados*. Em oposição os enfermeiros mais novos, com idade inferior a 34 anos sentem-se *muito motivados*. Poderemos sublinhar o que são as expectativas profissionais, um importante fator motivacional estudado no enquadramento teórico. Os enfermeiros mais novos apresentarão expectativas elevadas, esperando que a um determinado esforço, obterão um bom resultado ou recompensa, com consequente aumento da motivação. O mesmo não se replicará nos enfermeiros mais velhos, em que a prática profissional, lhes legou a experiência que a uma determinada expectativa, nem sempre o resultado é o esperado, por conseguinte menos motivador. Estes dados vêm de encontro às pesquisas sobre motivação da autoria de Chasco e Aznarez (2000, citados por Carneiro, 2009) e Hersey e Blanchard (1986, citados por Carneiro, 2009) que referem a idade como uma variável significativa da motivação do trabalho. Ser-se mais jovem favorece uma maior motivação. Já um grau de maior maturidade dos colaboradores, que pressupõe maior instrução e experiência profissional poderá modelar piormente a motivação.

Desmontando estes princípios às necessidades, percebemos pelos dados reportados que é nas necessidades *fisiológicas* que surgem as diferenças estatisticamente significativas ($p=0,032$) entre os enfermeiros mais novos e os enfermeiros com mais idade, refletindo que os profissionais com menos de 34 anos, encontram-se mais motivados para estas necessidades, evidenciando a procura da estabilidade socioeconómica como garante da sua satisfação. No seguimento do estudo desta associação, conseguimos aferir que há uma relação preditora inversamente proporcional entre idade e as necessidades *fisiológicas*, sendo que quanto menor idade, maior será motivação para satisfazer as necessidades *fisiológicas*.

Torna-se então importante a identificação e satisfação destas necessidades nos colaboradores mais novos, uma vez que sem satisfazer estas necessidades mais básicas, dificilmente o enfermeiro estará estimulado para as necessidades mais complexas, influenciando o processo motivacional e a performance subsequente (Brundett, 2010; Cunha et al., 2007; Ferreira, Santos, & Serra, 2010; Lussier & Achua, 2010).

Examinando o estudo da motivação e a sua relação com os tempos de exercício profissional, encontramos diferenças significativas a nível das necessidades de *segurança* e *sociais (pertença)*. Os enfermeiros com menos tempo de exercício profissional no hospital apresentam índices de motivação mais elevados para satisfazerem as necessidades de *segurança*, um dado estatístico significativo ($p=0,011$) que acaba por ir de encontro à reflexão anterior, em que os enfermeiros mais novos procuram satisfazer primariamente as necessidades basilares, antes das necessidades mais complexas.

Quanto às necessidades *sociais (pertença)* e o tempo de exercício profissional no serviço, os resultados mantêm a tendência. Os enfermeiros mais novos apresentam-se menos motivados, indo de encontro, mais uma vez, à opinião preconizada que somente após a satisfação das necessidades mais basilares (identificadas a nível *fisiológico* e *segurança*), é que os enfermeiros estarão motivados para as necessidades de topo mais complexas. Esmiuçando os dados recolhidos sobre esta necessidade, identificamos uma relação preditora inversamente proporcional entre o tempo de exercício profissional no serviço e as necessidades de *segurança* ($r=-0,194$; $p=0,007$), sendo que quanto menor o tempo de exercício profissional no serviço, maior será a motivação para prover as necessidades de *segurança*.

Motivação e liderança

A proximidade funcional entre os conceitos da motivação e liderança ficou bem evidenciada pelos diversos estudos consultados. O sucesso de uma organização passa pela influência, capacidade e competência do seu líder, mas não só. O processo de liderança é muito mais do que isso. É ambivalente e dinâmico, envolvendo não só o líder mas também o ambiente situacional e em primazia os liderados. Sem liderados eficazes não há liderança de sucesso (Cunha et al., 2007; Rocha, 2010).

A motivação prima pela mesma ambivalência e dinâmica. É redutor circunscrever a motivação ao estatuto remuneratório. Motivar envolve realização profissional, reconhecimento da hierarquia, qualidade no ambiente laboral, adequação e personalização das recompensas. E a presença de colaboradores motivados nas equipas refletir-se-á em termos de eficácia, desempenho e produtividade de toda a organização.

Recuando ao enquadramento metodológico e às questões de investigação às quais pretendíamos dar resposta, queríamos perceber se o comportamento de liderança dos enfermeiros-chefes e enfermeiros responsáveis influenciava a motivação dos enfermeiros do

HAL. Cruzamos a motivação global dos enfermeiros com o tipo de liderança do serviço (enfermeiro-chefe ou enfermeiro responsável), para saber se havia diferenças significativas.

Os enfermeiros liderados por enfermeiros responsáveis apresentam uma motivação mais elevada, considerando-se como *muito motivados*. Em contraciclo os enfermeiros liderados por enfermeiros-chefes apresentam uma motivação mais baixa, sentindo-se como *pouco motivados*. Contudo, importa registar que as diferenças encontradas não são significativas.

O estudo de Havig, et al., (2011) teve resultados diferentes, ao encontrar entre os enfermeiros líderes uma forte tendência para a orientação para a tarefa, produzindo bons resultados quando associados à satisfação profissional, um conceito que importa referir, como diferente da motivação. Os próprios autores demonstraram a sua surpresa perante os resultados obtidos, pois contrariam os achados de Stodgill (1974, citado por Havig, et al., (2011) e Yukl (2010, citado por Havig, et al., 2011). Reforçamos a noção que este estudo decorreu num ambiente organizacional diferente (prestação de cuidados domiciliários), o que demonstra a assunção que um determinado comportamento pode ser eficaz numa situação, mas não noutras (Barracho, 2012; Cunha et al., 2007). Já num estudo realizado no Brasil, Lima et al., (2011) evidenciaram que um líder mais burocrático e autocrático, pode ter tendência para o aumento da produtividade, mas por outro lado amplia os conflitos e lacunas nas relações interpessoais, referindo que os enfermeiros liderados resgataram a suprema importância da comunicação, autoconhecimento, empatia e valorização para que se alcance um trabalho satisfatório.

Outros estudos como o de Carneiro (2009) e Germain & Cummings (2010) e Lameiras (2010), concluíram que a motivação dos profissionais estava relacionada com o comportamento dos enfermeiros chefes. Cabe aos primeiros, a importante missão de facultar aos liderados boas relações interpessoais, partilha da informação, criação de boas condições de trabalho, envolvimento nos objetivos, reconhecimento de capacidades, rentabilização de competências e delegação de responsabilidades. Liderar nesta base favorece a autonomia e a responsabilização, conducentes a elevados níveis de motivação e satisfação profissional (Carneiro, 2009; Cunha et al., 2007; Germain & Cummings, 2010; Jesuíno, 2005; Tappen, Weiss, & Whitehead, 2010).

O único estudo similar que tivemos acesso, em que se avaliou a motivação produzida em relação a dois tipos específicos de líder de enfermagem, foi realizado por Casida (2007). Contudo convém notar que, não podemos de forma objetiva, comparar esses resultados, dadas as diferenças organizacionais entre hospitais americanos e portugueses. Este estudo regista maiores níveis de motivação, com conseqüente elevação do padrão de qualidade dos cuidados

prestados pelas enfermeiras lideradas por enfermeiras responsáveis (*first-line nursing leadership*) que apresentavam um comportamento transformacional reconhecido pela maior interação com o grupo, maior eficácia e maior motivação dos colaboradores. Desmontado nas suas integrantes principais, depreendemos a aproximação deste tipo de líder ao comportamento do líder de *elevada consideração*.

Reconhecemos anteriormente, ao estudar os perfis de comportamento, que os enfermeiros chefes e responsáveis diferenciavam-se no comportamento de liderança que adotavam. Os enfermeiros-chefes adotam o comportamento de liderança de *alta estruturação - baixa consideração*, caracterizado pela elevada orientação para as tarefas, direcionando-se para o trabalho, a prossecução de objetivos, privilegiando a racionalidade, a eficiência, o planeamento, o controlo e as regras.

Os enfermeiros responsáveis adotam comportamento de liderança de *baixa estruturação - alta consideração*, caracterizado por uma elevada orientação para o relacionamento com os colaboradores, preocupando-se mais com as pessoas, suas necessidades e com as relações que estabelecem, manifestamente mais emocionais e dinâmicas.

Ora este último comportamento, sem ser contudo o comportamento mais desejável que aliaria elevada *estruturação e consideração (Hi-Hi)*, encerra no seu âmago valores como o respeito, confiança, influência, relação e comunicação, potenciando a motivação global dos liderados, um dado que podemos confirmar na nossa população. Da pesquisa de Lameiras (2010) o líder integrador (elevada *estruturação e consideração*) pontuava com maiores índices de motivação, uma vez que este tipo de líder entusiasma e impulsiona os colaboradores para atingirem os objetivos organizacionais, profissionais e pessoais, com base em níveis de confiança e respeito mútuos.

Desmontando o conceito de motivação global nas suas necessidades constituintes, esta tónica ainda se acentua mais, com os enfermeiros responsáveis a registarem melhores índices motivacionais em todas as necessidades com especial ênfase nas mais basilares (*fisiológicas e segurança*). Focando-se apenas nos efeitos do comportamento dos enfermeiros-chefes, Carneiro (2009), confirmou a hipótese que o comportamento influencia todas as dimensões da hierarquia de Maslow.

Conseguimos aferir que há uma relação preditora inversamente proporcional entre o comportamento de liderança de *consideração* e a necessidade de *autorrealização*, sendo que quanto menor o índice no comportamento de liderança de *consideração*, mais forte será a motivação para satisfazer a necessidade de *autorrealização* ($r=-0,162$; $p=0,025$). Esta relação demonstra-nos que perante um comportamento de liderança de *consideração* mais pobre por

parte do enfermeiro líder, os enfermeiros sentem maior motivação para as necessidades mais complexas associadas à realização pessoal, aquisição de formação, desenvolvimento de potenciais específicos, mais competência e independência (Adair, 2006; Cunha et al., 2007; Ferreira, Santos, & Serra, 2010).

Também aferimos que há uma relação preditora inversamente proporcional entre o comportamento de liderança de *estruturação* e as necessidades *sociais (pertença)*, sendo que quanto menor o índice no comportamento de *estruturação*, mais forte será a motivação para as necessidades *sociais (pertença)* ($r=-0,147$; $p=0,042$). Refletindo, os enfermeiros ao serem contrapostos com um líder cuja principal preocupação é a tarefa, a realização dos objetivos, secundarizando as pessoas e a sua motivação, sentem maior necessidade de proverem as suas necessidades *sociais (pertença)*, procurando a aceitação, reconhecimento, promoção da integração e interação social, que não encontram no comportamento do líder.

Não podemos deixar de destacar alguma deferência e surpresa perante as diferenças encontradas entre os comportamentos dos enfermeiros-chefes e responsáveis e o modo como influenciam a motivação dos enfermeiros liderados. Recuperamos a nossa preocupação vertida na introdução, sobre as mudanças previstas para a carreira de enfermagem, com o “*desaparecimento*” do enfermeiro chefe e a indefinição atual quanto à liderança dos serviços, e que resultado pode produzir orgânica das equipas, com inconsistências importantes a nível global do desempenho e produtividade.

Sem ser penosa ou marcadamente conclusiva, afirmamos que as inconsistências encontradas em ambos os líderes produzem alterações importantes da motivação, ficando claro, que não é a posição formal do enfermeiro-chefe ou a eminente proximidade e relação do enfermeiro responsável, que por si só produzem o líder eficaz. Importa conjugar a importância da relação com a positividade da tarefa. A sinergia entre chefes e responsáveis, poderá aqui produzir frutos, tangíveis aos novos líderes com reflexos na motivação global. Em termos de futuro, a própria organização terá uma importante palavra a dizer neste capítulo, com a necessária e atempada identificação e treino de novos líderes, a par de medidas potenciadoras da motivação dos enfermeiros.

Em síntese desta discussão podemos indicar algumas notas que importa destacar, como bases de desenvolvimento de mudanças efetivas nas questões da motivação e liderança em enfermagem.

A primeira nota relaciona-se com o que este estudo produziu. Trouxe conhecimento a uma área pouco explorada no âmbito da organização, nomeadamente qual a motivação dos

enfermeiros, qual a influência do contexto nessa motivação, que comportamento adotam os enfermeiros líderes e de que modo a liderança pode modelar a motivação.

Percebemos que a motivação profissional dos enfermeiros do HAL, apresenta-se num nível médio de motivação, mas com uma elevada assimetria entre os que se consideram muito motivados e os que se sentem pouco motivados, distribuindo-se entre os dois polos opostos a maioria. Seria desejável que esse nível fosse o mais elevado possível, dada a sua cumplicidade com o desempenho e produtividade.

A motivação dos enfermeiros do HAL é tendencialmente menor, consoante evoluímos na hierarquia de Maslow, sendo modeladores da motivação, fatores como a idade, o género, a vivência em comunhão com outra pessoa, o tipo de horário praticado, a existência de responsabilização acrescida e o tempo de exercício profissional. Facilmente percebemos ao longo do enquadramento teórico, da importância destes fatores na motivação dos liderados. A liderança eficaz tem aí um papel importante de facilitar e delinear, estratégias conducentes à promoção dessa motivação. Os comportamentos adotados pelos líderes de enfermagem do HAL têm implicação direta na motivação dos enfermeiros, existindo diferenças entre enfermeiros-chefes e responsáveis. Há que proceder a mudanças. Mudar implicará uma visão de conjunto e o real envolvimento de todos, em trabalho de equipa, com enfermeiros, superiores hierárquicos, toda a organização.

A segunda nota, elenca-nos para essas mudanças passíveis de realizar, com base nos destaques anteriormente expeditos. É possível motivar e liderar, entrevendo produtividade, desempenho e satisfação: “*Leadership skills that encourage employee motivation can be taught, with the potential to influence organizational practices and promote organizational success*”⁶⁵ (Germain & Cummings, 2010, p. 437). Na perspetiva dos liderados, a autonomia, a responsabilização, o aumento de competências, o cultivo de boas relações interpessoais no local de trabalho, melhoria das acessibilidades e da estabilidade laboral, são vistos como fatores potenciadores da motivação. O incremento das competências em liderança dos enfermeiros pelo treino e formação, é recomendada pelas instâncias que superiormente nos dirigem, face aos benefícios obtidos diretamente na modelação destes fatores motivadores, daí a sua importância e pertinência.

Como nota final sublinhamos a ideia que o caminho da liderança e motivação teve um princípio que historicamente, atribuímos a Florence Nightingale. As associações e ordens profissionais que representam a classe profissional, mostraram-nos hoje que é necessário

⁶⁵ Competências em liderança que encorajam a motivação dos colaboradores, podem ser ensinadas com o potencial de influenciar as práticas organizacionais e promover o sucesso da organização.

proceder a mudanças contextuais, que englobem o momento de viragem que vivemos. Identificamos onde, justificamos como, e vamos propor, à luz do que investigamos na literatura e no campo de pesquisa, transformações nos nossos contextos laborais. Urge agora passar do papel e das intenções para o terreno e para a prática, tudo o que empiricamente sublinhamos. Liderança e motivação em enfermagem, o momento é hoje.

CAPITULO 4 – CONCLUSÕES

*“O mais importante da vida
não é saberes onde estás, mas sim para onde vais”*

J.Goethe

As organizações usufruem na sociedade contemporânea, de um peso e de uma influência que envolve todos os seus intervenientes, de uma forma quase impercetível mas ao mesmo tempo marcante. O ser humano como ser social, tem nas organizações um fulcro na qual a sua existência gravita e espelha, praticamente em todo o ciclo de vida. A centralidade das organizações é inevitável à existência humana (Cunha et al., 2007).

A sociedade vive hoje um momento de mudança, flexibilização e globalização, transversal a todos. O trabalho, origem e contrapartida de necessidades intrínsecas ao ser humano, peça central no desenvolvimento e crescimento das organizações, conhece no atual momento, bruscas metamorfoses secundárias ao momento de crise e mudança. Nem sempre as mudanças são conducentes a maior motivação dos seus trabalhadores, que vimos aqui, são peças fundamentais para que a organização atinja o patamar máximo de desempenho e sucesso: *“An happy worker is a productive worker”*⁶⁶ (Lussier & Achua, 2010, p.75).

Um trabalhador inserido numa organização que não lhe proporciona condições para satisfazer as necessidades motivacionais basilares, como repouso, segurança no emprego, justa retribuição, adequada integração, interação social e laboral, dificilmente será um trabalhador feliz e produtivo, desperto para tarefas mais complexas ou maiores responsabilidades: *“The pursuit of happiness and satisfaction is fundamental to motivation”*⁶⁷ (Lussier & Achua, 2010, p. 79). Tradicionalmente, esta poderia ser vista como uma quimera simplista do ponto de vista formal das organizações. Mas do ponto de vista psicológico, é “um objetivo meritório ainda que difícil – um objetivo que pode ser alcançado se incrementarmos fortemente o nosso conhecimento acerca de atitudes e comportamentos (...) A produtividade e os lucros podem ser facilmente melhorados com o empenho e participação das pessoas” (Cunha et al., 2007, p.31).

Motivar é uma atitude que importa granjear, quanto mais não seja pelo subjacente sucesso da organização, secundarizando o próprio projeto individual do trabalhador. Como

⁶⁶ Um trabalhador feliz é um trabalhador produtivo

⁶⁷A procura da felicidade e satisfação é fundamental para a motivação.

conceito central e dinâmico, não tem uma via única explicativa, antes uma conjugação de elementos individuais, modelados pela influência organizacional, produzindo fluxos comportamentais consonantes com os objetivos propostos e os resultados desejados.

A liderança é a principal responsável pela existência de organização, na verdadeira aceção da palavra, enquanto sistemas hierarquizados, coordenados e orientados para um mesmo fim - o sucesso da organização (Palma, 2012). Não há líderes eficazes sem colaboradores eficazes. Liderança é um processo de que envolve influência, ocorre em grupos, pressupondo objetivos comuns (Cunha et al., 2007). Na esfera organizacional, motivar e liderar serão assim conceitos próximos, plenos de cumplicidade e dinamismo. Importa compreendê-los, fomentá-los e avaliá-los, para que o sucesso seja uma realidade.

Este foi o mote para o estudo empírico subsequentemente desenvolvido e agora em fase de conclusão. No início deste relatório fizemos um enquadramento teórico, conducente à clarificação do tema, dos conceitos inclusos - liderança e motivação, em que o estudo das principais teorias nos trouxe contributos importantes para percebermos a globalidade dos conceitos e o seu dinamismo, marcante para o comportamento organizacional. Sem receitas universalmente aplicáveis, é possível liderar eficazmente e motivar sustentadamente, tendo em vista o melhor desempenho e produtividade das organizações e dos seus colaboradores. As pesquisas similares, abordada num capítulo próprio sobre o estado da arte nesta problemática, mostraram-nos isso mesmo. No terreno é possível identificar o que está menos bem e propor mudanças fundamentadas que conduzam as organizações, os líderes e os colaboradores ao sucesso integral.

Para percebermos qual a nossa realidade enquanto profissionais do HAL, inseridos em equipas de prestação de cuidados, lideradas por um enfermeiro chefe ou responsável, construímos questões para as quais procuramos respostas empíricas, definimos objetivos e planeámos como queríamos investigar este universo. Os instrumentos que utilizamos, analisada a sua fidelidade e validade, revelaram-se adequados e a sua aplicação trouxe-nos dados importantes para percebermos o funcionamento da nossa organização em termos motivacionais e de liderança efetiva.

Com recurso às técnicas estatísticas preconizadas, a análise dos dados recolhidos deu-nos resultados que mostram a realidade objetiva, gerando conhecimento sobre um âmbito ainda pouco explorado na enfermagem portuguesa e nas organizações onde está inserida. Quem e quantos somos, como nos relacionamos com o ambiente socioeconómico que nos rodeia e que atitude profissional detemos, foram dados pertinentes que nos caracterizam como enfermeiros. Que nível de motivação apresentamos, que fatores a modelam, que tipo de

comportamento de liderança prevalece e como este influencia a motivação, facultaram-nos respostas às nossas dúvidas iniciais.

Dos resultados produzidos destacamos a elevada assimetria sobre a motivação demonstrada pelos enfermeiros do HAL, dividindo-se maioritariamente entre o muito e o pouco motivados. O expectável passaria por um nível muito elevado de motivação, perante a importância que tem para com o desempenho e produtividade da instituição. Percebemos também que motivação dos enfermeiros do HAL é tendencialmente menor, consoante evoluímos nas necessidades da hierarquia de Maslow, sendo fatores modeladores da motivação, a idade, o género, a vivência em comunhão com outra pessoa, o tipo de horário praticado, a existência de responsabilização acrescida e o tempo de exercício profissional. Foi possível elaborar um retrato do conjunto, com o peso preditor de cada um desses fatores em relação às necessidades motivacionais.

Avaliado o perfil de comportamento de liderança dos enfermeiros chefes e responsáveis, percebemos que não temos um cânone que verse o comportamento de líder eficaz – elevada estruturação e elevada consideração. Os responsáveis primam pela elevada consideração (relação), em oposição aos enfermeiros-chefes que privilegiam uma elevada apetência para a estruturação (tarefa), com diferenças significativas entre ambos. Este panorama comportamental tem influência direta na motivação dos enfermeiros, com evidente significância estatística, espelhando diferenças importantes entre chefes e responsáveis. Consideramos que a resposta às questões investigacionais definidas na introdução foi cabalmente dada, mas outras dúvidas surgem-nos subsequentemente.

Percebemos que a motivação e a liderança têm influência direta no comportamento das organizações. A nossa realidade profissional sugeria e justificava o estudo. Pelo carácter precursor e elucidativo, os resultados produzidos mostram-nos algumas fragilidades a nível da organização onde prestamos funções, desenvolvemos competências e demonstramos capacidades como enfermeiros. Empiricamente, podemos agora fundamentar conclusões, apontar caminhos e esboçar mudanças, competindo à organização tê-las em linha de conta, perante o cenário de mudança que também aqui se sente.

No final do enquadramento teórico produzimos algumas linhas gerais referentes aos contributos que retiramos do estudo da motivação e da liderança. Esses contributos tinham embutidos algumas estratégias replicáveis no seio da administração pública, no que respeita ao incremento da capacitação dos seus líderes e melhorias nos fatores modeladores da motivação.

A liderança é um processo que envolve a pessoa do líder, a situação e o próprio grupo de colaboradores. É possível mudar alguns aspectos situacionais da liderança, tal como funcionamento e interação entre os colaboradores do grupo. Mas, metodologicamente e tendo em conta as particularidades impostas à administração pública, onde está inserida a população em estudo, optamos por focar-nos no líder, suas particularidades e vicissitudes, uma vez que a abordagem comportamental produz resultados visíveis e tangíveis.

Particularizando ao universo da enfermagem, Carney (2006, citado por Curtis & O’Connell, 2011, p.35) sugere que “*21st century healthcare requires leaders to articulate a vision that can motivate employees to adapt to changing environments*”⁶⁸. Os líderes de enfermagem têm que conhecer a cultura organizacional patente na instituição onde estão inseridos e desenvolverem competências específicas que conduzam a mudanças efetivas: “É de suma importância para o profissional enfermeiro desenvolver as habilidades de liderança” (Souza et al., 2013, p.292)

Vimos anteriormente que é possível é possível treinar pessoas num determinado sentido, apurar-lhes o comportamento de liderança, aproximando-os do líder eficaz. É importante manter o foco que não há uma forma ótima de liderar e que os líderes bem-sucedidos são aqueles capazes de adaptar o seu comportamento às situações aos seus colaboradores. Por isso torna-se importante, em primeiro lugar, fazer o diagnóstico e posteriormente adotar um estilo de liderança suficientemente flexível e adaptativo (Barracho, 2012, Rocha, 2010). A OE diz-nos o quão importante é este treino: “*Training for skills in this area is an investment that complements the head nurses academic degree and professional specialization*”⁶⁹ (Furtado, Batista, & Silva, 2011, p. 1054). Estes autores destacam o treino de liderança como um fator chave para o sucesso das organizações. Contudo destacam que não há referências diretas quanto à especificidade e conteúdo deste treino, salientando que esse treino não deve ser separado da prática clínica diária, da formação estratégica, da educação permanente, idealmente encabeçada e estruturada pela tutela superior, num plano nacional e transversal à classe de enfermagem (Furtado, Batista, & Silva, 2011).

No estratégico setor da saúde, Jiang et al. (2008, citados por Furtado, Batista, & Silva, 2011) destacam que os líderes de enfermagem, os diretores de serviço e a gestão de topo, deverão desenvolver comportamentos, competências e qualidades essenciais para eficazmente liderarem.

⁶⁸ A saúde do século 21 exige que os líderes articulem uma visão que motive os colaboradores a adaptarem-se aos ambientes em mudança.

⁶⁹ A formação de competências nesta área é um investimento que complementa a formação académico e a especialização profissional dos enfermeiros líderes.

Para desenvolvermos esses predicados o caminho passa pelo desenvolvimento de *competências*, como a capacidade para diagnosticar e entender a situação que queremos influenciar; a capacidade de adaptação comportamental à situação atual, tendo em mente a situação ideal que se pretende atingir; por fim o aperfeiçoamento da comunicação, uma vez que os líderes eficazes são aqueles que se dedicam a trabalhar eficazmente com o grupo na busca de um objetivo comum, privilegiando a relação e a integração (Alves, Ribeiro, & Campos, 2010; ICN, 2010; Tappen, Weiss, & Whitehead, 2010).

Liderar, é também um importante processo de influência, pelo que importa melhorar algumas *qualidades*, como a integridade, coragem, atitude, iniciativa, energia, otimismo, perseverança, equilíbrio, capacidade de lidar com o stress e autoconhecimento (Alves, Ribeiro, & Campos, 2010; ICN, 2010; Tappen, Weiss, & Whitehead, 2010).

Como liderar pressupõe ação, implica igualmente mudanças no *comportamento* que passem pelo estabelecimento de metas específicas, pensamento crítico, resolução de problemas, respeito pela individualidade das pessoas, comunicação hábil, pensamento estratégico (visão) e espaço ao desenvolvimento de si e dos outros. O líder de enfermagem tem de aperfeiçoar-se continuamente, aliando conhecimento técnico-científico às habilidades pessoais, proporcionando uma prática mais crítica, reflexiva e participativa, indo de encontro às expectativas da organização e da sua própria equipa (Alves, Ribeiro, & Campos, 2010; ICN, 2010; Tappen, Weiss, & Whitehead, 2010).

Esclarecido o caminho a implementar nos atuais e futuros líderes, focamo-nos agora na nossa organização, onde pudemos identificar quais os comportamentos de liderança prevalentes e como os mesmos influenciam a motivação. Este estudo versa bem essa dicotomia. Importa agora tornar essa apreciação numa prática regular de avaliação das chefias de enfermagem, trazendo clareza sobre os aspetos positivos que interessa manter e potenciar, ao mesmo tempo que identifica os aspetos negativos, passíveis de atuação pela gestão de topo, tendo em vista o melhor desempenho e produtividade que influenciarão a excelência do cuidar. Formar em liderança será o caminho possível.

Percebemos que há efetivamente uma relação cúmplice entre liderança e motivação e o quanto importante é uma para com a outra. Não é possível ser-se eficaz a liderar, se os colaboradores não se motivarem. E os colaboradores não são eficazes se o seu líder não o demonstrar na sua função. A motivação dos enfermeiros é considerada como um dos maiores desafios que se colocam à liderança em enfermagem.

Caracterizada pelo seu carácter multifacetado, a motivação tem, na opinião de Curtis & O'Connell (2011), diversas abordagens, passíveis de uso com vista ao seu incremento na

classe de enfermagem. Ao nível do *ambiente de trabalho* resgatamos a importância da interação, integração, relações laborais positivas, discussão proactiva, vias de expressar ideias e sugestões, reforço positivo. A *participação* passa pelo envolvimento dos enfermeiros na própria liderança, através da atribuição de responsabilidades, desenvolvimento de projetos virados para os utentes e comunidade, planeamento e realização de ações de formação.

A *valorização do trabalho* deve ser também uma estratégia consentânea, sobretudo no atual momento de mudança, potenciador de desmotivação e insatisfação. O enriquecimento do trabalho passará pela participação em atividades tendencialmente mais complexas e motivadoras, com aumento da responsabilização. O trabalho mais repetitivo deverá sofrer ajustes conducentes a tarefas mais diversificadas. O tipo de horário praticado deverá de acordo com o nível de motivação e necessidade evidenciada pelo enfermeiro. A própria maturidade deve ser valorizada, assim como as competências acrescidas. Sem cair na tentação da remuneração, que esbarrará rapidamente nas dificuldades económicas, importa verter em lei eventuais recompensas para quem se propõe caminhar mais além na sua formação e aquisição de novas competências que tragam aumento da qualidade e diferenciação nos cuidados de enfermagem (Curtis & O'Connell, 2011).

A *qualidade do ambiente de trabalho* potenciada pela comunicação positiva, escuta ativa, respeito pela individualidade de cada enfermeiro, pelo seu projeto individual, objetivos de vida, expectativas e partilha de experiências positivas, também contribuirá para o clima motivacional (Curtis & O'Connell, 2011).

Em síntese e de acordo com a teoria de Maslow, as organizações que englobam enfermeiros devem procurar incentivos que assegurem permanentemente a motivação dos seus colaboradores, nomeadamente através das condições do emprego, organização do trabalho ambiente agradável, que permita interações com as chefias e restante equipa, favorecendo a progressão, a autonomia e a responsabilidade (Carneiro, 2009).

Falamos anteriormente de algumas limitações deste estudo. Sem deixarem de o ser, são também orientações para pesquisas e medidas futuras. Envolver toda a ULS Castelo Branco e não só apenas a unidade orgânica HAL, numa investigação nesta natureza, dar-nos-á um panorama mais ambivalente da organização em relação à motivação e de liderança. Se a esta metodologia quantitativa, lhe associarmos uma metodologia qualitativa, a triangulação de dados produzirá um retrato ainda mais fidedigno da realidade atual. Igualmente será pertinente associar-lhe o estudo da satisfação profissional, qualidade e desempenho profissional, áreas intimamente relacionadas com estes conceitos, concomitantemente modeladoras do comportamento organizacional.

Este é um passo passível de realizar, tendo em vista o programa de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE, que recentemente celebrou com o HAL um protocolo nesse sentido. Como membro do grupo dinamizador, a experiência obtida com esta pesquisa dará importantes contributos para cumprirmos esse protocolo, importante para a evolução da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Será de todo pertinente associar-lhe medidas regulares de aferição do nível de motivação e satisfação profissional dos enfermeiros, como suporte para a construção de um dos indicadores mais importantes deste programa, implementando um Programa de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Muito para além da atenção redobrada sobre a avaliação dos fatores que modelam a motivação, a implementação de estratégias que transformem positivamente esses fatores modeladores, será o passo mais difícil de dar, tendo em consideração o momento de crise e incerteza atual. Toda a eventual mudança terá de partir da gestão de topo. A nós, meros investigadores resta-nos a possibilidade de lhe comunicar resultados e propor caminhos. A efetiva promoção da motivação laboral, começa no topo, porque sem um líder eficaz, não há colaboradores motivados.

BIBLIOGRAFIA

- Adair, J. (2006). *Leadership and Motivation*. Londres: Kogan-Page.
- Adair, J. (2007). *Develop Your Leadership Skills*. Londres: Kogan Page.
- Alves, J., Ribeiro, C., & Campos, S. (2010). Liderança e Enfermagem: Estudo realizado com Enfermeiros Chefes e Especialistas. *Revista Gestão e Desenvolvimento*, pp. 51-71.
- Ambrose, M., & Kulik, C. (1999). Old Friends, New Faces: Motivation Research in the 1990's. *Journal of Management*, pp. 231-292.
- Barbuto, J. (2006). Mental Energy: Assessing the Motivation Dimension. *Nutrition Reviews*, 64, pp. S14 - S16.
- Barracho, C. (2012). *Liderança em Contexto Organizacional*. Lisboa: Escolar Editora.
- Bezerra, F., Andrade, M., Andrade, J., Vieira, M. J., & Pimentel, D. (2010). Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. *Red de Revistas Cientificas de América Latina, El Caribe, España e Portugal*, pp. 33-37.
- Bhattacharya, S., & Neogi, D. (2006). Goal Setting Tendencies, Work Motivation and Organizational Climate as Perceived by the Employees. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, pp. 61-65.
- Blanchard, K. (2009). *Leading at a Higher Level*. Nova Jérícia: FT Press.
- Brundrett, M. (2010). Developing Your Leadership Team. In B. Davies, & M. Brundrett, *Developing Successful Leadership* (pp. 99-114). Londres: Springer.
- Cardoso, P., & Amorim, M. (2010, Janeiro). Liderança e Âncoras de Carreira: Uma experiência de identificação dos perfis dos líderes. *Revista Pensamento e Realidade*, VIII(25), pp. 62-78.

- Carneiro, M. E. (2009). *Motivação dos Enfermeiros: Relação com o comportamento do chefe de equipa*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Casida, J. M. (2007). *The relationship of nurse's manages leadership styles and nursing unit organization culture in acute care hospitals in New Jersey*. Tese de Doutoramento, Seton Hall University, New Jersey.
- Colliére, M.-F. (1999). *Promover a Vida*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Costa, I. (2009). *Trabalho por turnos, saúde e capacidade para o trabalho dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Couto, R. (2007). *Reflections on Leadership*. Plymouth: University Press of America.
- Cunha, M. P., & Rego, A. (2009). *Liderar*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., & Cardoso, C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: Editora RH.
- Curtis, E., & O'Connell, R. (2011). Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Nursing Management*, pp. 32-35.
- Deci, E., & Ryan, R. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, pp. 54-67.
- Deci, E., & Ryan, R. (2008). Self Determinatio Theory: A macrotheory of human motivation, development and health. *Canadian Psychology*, pp. 182-185.
- Deci, E., Cascio, W., & Krusell, J. (1975). Cognitive Evaluation Theory and some comments on the Calder and Staw critique. *Juornal of Personality and Social Psychology*, pp. 81-85.
- Dias, C. (2001). *A Liderança em Enfermagem*. Dissertação Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

- Editora, P. (Ed.). (2013). Dicionário Porto Editora de Língua Portuguesa. Retrieved Fevereiro 2013, from <http://www.infopedia.pt/>
- Ferreira, M., Santos, J., & Serra, F. (2010). Ser Empreendedor: Pensar, Gerir e Moldar a Nova Empresa. Lisboa: Edições Silabo.
- Fortin, M.-F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta.
- Furtado, L., Batista, M. G., & Silva, F. (2011). Leadership and job satisfaction among Azorean hospital nurses: an application of the situational leadership model . *Journal of Nursing Management*, pp. 1047-1057.
- Gagné, M., & Deci, E. (2005). Self Determination Theory and Work Motivation. *Journal of Organizational Behavior*, pp. 331-362.
- Gelbcke, F., Souza, L., Sasso, G., Nascimento, E., & Bulb, M. B. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 136-139.
- Germain, P., & Cummings, G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, pp. 425-439.
- Goethals, G., Sorenson, G., & Burns, J. (2004). *Encyclopedia of Leadership*. Londres: SAGE Publications.
- Halepota, H. (2005). Motivational Theories and Their Application in Construction. *Cost Engineering*, 47, pp. 14-18.
- Havig, A., Skogsta, A., Veenstra, M., & Romøren, T. (2011). The Effects of Leadership and Ward Factors on Job Satisfaction in Nursing Homes: a multilevel approach. *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp. 3532–3542.

- Helmstadter, C. (2008). Authority and Leadership: the evolution of nursing management in 19th century teaching hospitals. *Journal of Nursing Management*, pp. 4-13.
- International Council of Nurses. (2006). The Global Nursing Review Initiative. Retrieved from Publications: <http://www.icn.ch/publications/publications1/>
- International Council of Nurses. (2010). Leadership for Change - Background. Retrieved Março 2013, from Pillars and Programs: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/background/>
- International Council of Nurses. (2013a). About ICN - Homepage. Retrieved from About ICN: <http://www.icn.ch/about-icn/about-icn/>
- International Council of Nurses. (2013b). ICN's Vision, Mission and Strategic Plan. Retrieved from Our Mission: <http://www.icn.ch/about-icn/icns-mission/>
- Jackson, B., & Parry, K. (2010). *O Livro Bom, Pequeno e Acessível sobre Liderança*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Jesuíno, J. C. (2005). *Processos de Liderança*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Junqueira, M. G. (2006). *Liderança do Enfermeiro Chefe e Motivação dos Enfermeiros Subordinados*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Lameiras, E. (2010). *Liderança e Motivação dos Colaboradores: Um ensaio no sector da saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Trás Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Leading Thoughts. (2013). Retrieved from Leadership Now: <http://www.leadershipnow.com/motivationquotes.html>
- Lima, T., Santos, S., Gubert, F., Neto, P., & Freitas, C. (2009). Motivation in the nurse's work: study done in hospitals in João Pessoa City, Paraíba, Brazil. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, pp. 275-281.
- Lussier, R., & Achua, C. (2010). *Leadership: Theory, Application & Skill Development*. Mason: South-Western Cengage Learning.

- Manion, J. (2011). *From Management to Leadership: Strategies for Transforming Health*. São Francisco: John Wiley & Sons.
- Martins, A. (2002). *O Auto-conceito do Enfermeiro na sua Motivação Profissional*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Faro.
- McClelland, D., & Burnham, D. (1977). Power is the great motivator. *The McKinsey Quarterly*, pp. 27-45.
- McInnes, K. (2009). Student Paper: The evolution fo Leadership and Mentorship. *Integral Leadership Review*, pp. 1-23.
- Menezes, M. H. (2010). *Novos Modelos de Gestão Hospitalar: Liderança e Satisfação Profissional em Portugal*. Dissertação de Mestrado, Universidade Trás Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Metcalf, L., & Benn, S. (2012). Leadership for Sustainability: An evolution of Leadership Ability. *Journal of Business Ethics*, pp. 369-384.
- Miner, J. (2005). *Essential Theories of Motivation and Leadership*. Nova Iorque: M. E. Sharpe.
- Moiden, N. (2002). Evolution of leadership in nursing. *Nursing Management*, pp. 20-25.
- Northouse, P. (2013). *Leadership: Theory and Practice*. Washington: SAGE Publications.
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade Depressão e Burnout em Enfermeiros - Impacto do trabalho por turnos. *Revista Referência*, pp. 43-54.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Dados Estatísticos 200-2012*. Retrieved from Ordem dos Enfermeiros - Membros: http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/dados_estatisticos/index.html#/4/
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Liderança para a Mudança (LPM)*. Retrieved from Ordem dos Enfermeiros - Projetos e Programas: <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/LPM.aspx>

- Palma, P. (2012). Liderança. In A. Neves, & R. Costa, *Gestão de Recursos Humanos de A a Z* (pp. 125-129). Lisboa: Editora RH.
- Pedro, M. J., & Olivieri, M. d. (2008). *Gestão de Pessoas aplicada à Área da Saúde*. Bela Vista: Editora Napoleão.
- Pereira, D. (1993). *O que dizem (d)os médicos (d)os doentes*. Lisboa: DMTP, EIRL.
- Pereira, M. L. (2009, Outubro). Motivacion: Perspectivas teoricas e algumas consideraciones de su importancia en el âmbito educativo. *Revista Educacion*, pp. 153-170.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nurse Practice*. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Priberam (Ed.). (2013). *Dicionário Priberam de Língua Portuguesa*. Retrieved Fevereiro 2013, from <http://www.priberam.pt/>
- Rath, T., & Conchie, B. (2008). *Strengths Based Leadership*. Nova Iorque: Gallup Press.
- Rickards, T. (2012). *Dilemmas of Leadership*. Nova Iorque: Routledge.
- Rocha, J. (2010). *Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública* (3 ed.). Lisboa: Escolar Editora.
- Rubenstein, H. (2005). The evolution of leadership in the workplace. *VISION - The Journal of Business Perspective*, pp. 41-49.
- Sanders, T., & Davey, K. (2011). Out of the leadership theory jungle: A proposed Meta-Model of Strategic Leadership. *Proceedings of The Academy of Strategic Management*, pp. 41-46.
- Sherring, S. (2012). Nursing Leadership within the NHS: an evolutionary perspective. *British Journal of Nursing*, 21, pp. 491-494.

- Sørensen, E., Delmar, C., & Pedersen, B. (2011). Leading nurses in dire straits: head nurses' navigationa between nursing and leadership roles. *Journal of Nursing Management*, pp. 412-430.
- Sousa, L., & Barroso, M. (2009). Reflexão sobre o cuidado com essência da liderança em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Esc Anna Nery*, pp. 181-187.
- Souza, L., Cordeiro, A., Aguiar, R., Santana, J., Dias, O., Vieira, M., & Ramos, L. (2013). El liderazgo en la vision de Enfermeros Lideres. *Enfermeria Global*, pp. 281-293.
- Stogdill, R. (1975). *The Evolution of Leadership Theory*. *Academy of Management Proceedings* , pp. 4-6.
- Strapasson, M., & Medeiros, C. (2009). Liderança Transformacional em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 228-233.
- Tappen, R., Weiss, S., & Whitehead, D. (2010). *Essentials of Nursing Leadership and Management*. Filadélfia: F.A. Davis Company.
- Trindade, L., Coelho, A., Muniz, L., Biolchi, T., Pires, D., & Backes, V. (2011). Influencia dos estilos de liderança de Enfermagem nas relações interpessoais da equipa de Enfermagem. pp. 1-9.
- Usher, A., & Kober, N. (2012). What is motivation and why does it matter? *Center on Education Policy*, pp. 1-7.
- Wininger, S., & Norman, A. (2010). Assessing Coverage of Maslow's Theory in Educational Psychology Textbooks: A content analysis. *Spring*, pp. 33-48.
- Wood, M., & Ross-Kerr, J. (2011). *Basic Steps in Planning Nursing Research: From question to proposal*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Zurn, P., Dolea, C., & Stilwell, B. (2005). Nurse Retenteion and Recruitment: Developing a motivated workforce. *The Global Mursing Review Initiative - ICN Issue Paper*, pp. 1-36.

Cópia de Pedido de Autorização de Utilização dos Questionários

Pedido de Autorização

Caixa de Entrada



Fernando Micaelo <fmicaelo@gmail.com>

4 Mar

para genacarneiro

Boas noites

Chamo-me Fernando Micaelo, sou enfermeiro na UCIP e YMER do Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado Enfermagem Medico Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu.

No seguimento do contacto telefonico anterior, venho por este meio solicitar-lhe autorização para utilizar os questionários que desenvolveu na sua Dissertação de Mestrado "Motivação dos Enfermeiros: Relação com o Comportamento do Chefe de Equipa".

Essa utilização será meramente académica no âmbito do desenvolvimento de uma dissertação sobre a motivação, stress profissional e liderança dos profissionais de enfermagem no HAL - ULS Castelo Branco.

Desde já o meu obrigado pela disponibilidade demonstrada



Maria Eugénia Fontoura

12 Mar

para mim

Olá, Boa Tarde.

Como combinado telefonicamente, autorizo a utilização dos questionários aplicados na minha Dissertação de Mestrado " Motivação dos Enfermeiros: Relação com o Comportamento do Chefe de Equipa"

Estou disponível para qualquer esclarecimento.

Depois de discutir a sua Tese gostava de ter acesso aos resultados.

Bom trabalho.



Fernando Micaelo <fmicaelo@gmail.com>

12 Mar

para Maria

Boas tardes colega Maria Eugénia

Desde já muito obrigado pela autorização e pela disponibilidade demonstrada. Eu estou ainda no começo da construção da dissertação, começando pelo questionario devido ás questões etico-legais que envolve os pedidos, sempre demorados, das comissoes de etica, que espero ter resolvido no proximo dia 15 de Março. Seguir-se-á toda a metodologia e a fundamentação teórica, por assim dizer a primeira grande tarefa. Os resultados serão depois, contando com a ajuda do Prof. João da Escola de Viseu.

Quanto ao acesso aos resultados, logo que tenha a dissertação terminada e os seus dados publicos, enviar-lhe-ei, com todo o gosto, uma copia da mesma.

Já agora uma questão, se me permite. A colega falou na questão dos autores iniciais de onde adaptou os seus questionarios, o Prof. Justino e o colega Carlos Dias que desenvolveu uma dissertação sobre a mesma problemática. Por acaso não tem por ai os respectivos mails para poder entrar em contacto com eles? Obj.

Muito obrigado por tudo, e estou à sua disposição.

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Carlos Pereira
MI Presidente da Escola Superior de Saúde de
Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102
3500-843 Viseu

C/C: Exmos. Srs. Enfs. Fernando Micaelo e João Valente – Unidade de Cuidados Intensivos - HAL

Sua Referência	Sua comunicação	N/ Ofício - Data
134	12.02.2013	Administração HAL HAL 01 2308 2013-03-29 11:52:33

Assunto:	Pedido de autorização para efectuar colheita de dados
----------	---

No seguimento do ofício de V. Exa. supracitado, em que é solicitada autorização para recolha de dados no âmbito da realização de um estudo subordinado ao tema "Liderança, Satisfação e Motivação Profissional", pelos alunos do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Fernando José Freixo Micaelo e João Pedro Oliveira Valente, somos a informar que o Conselho de Administração deliberou, em 20/03/2013, homologar o parecer favorável da Comissão de Ética.

Assim, autoriza-se a realização do referido estudo no Hospital Amato Lusitano, desde haja autorização dos responsáveis dos serviços e desde que sejam respeitados os direitos de autonomia das pessoas.

Neste sentido, deverá ser estabelecido contacto prévio com os responsáveis dos respectivos serviços.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração da ULSCB, EPE


Dr. António Vieira Pires

MP

APÊNDICE A

INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO DE VISEU

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

3.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



QUESTIONÁRIO

LIDERANÇA E MOTIVAÇÃO PROFISSIONAL

DISCENTE:

FERNANDO JOSÉ FREIXO MICAEL

ORIENTADORES:

PROF. DOUTOR JOÃO DUARTE

PROF^a. ODETE AMARAL

Castelo Branco, Março de 2013

Caro colega:

No âmbito do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, estou a realizar um trabalho de investigação intitulado: “*Liderança e Motivação Profissional*”. Neste contexto, **solicito a sua preciosa colaboração** no preenchimento deste questionário, agradecendo desde já a sua disponibilidade.

A sua participação é decisiva para a plena concretização deste trabalho de investigação, pelo que peço que colabore respondendo com a máxima sinceridade a todas as questões e de acordo com a realidade da organização, tal como a entende. Não há respostas certas ou erradas, apenas existe a sua opinião pessoal e distinta de todos os outros.

Todas as respostas serão tratadas de forma **confidencial**, respeitando o **anonimato**, pois o tratamento e análise dos dados serão efetuado de uma forma global, não estando sujeito a nenhuma abordagem individualizada.

Obrigado pela sua colaboração!

Fernando José Freixo Micaelo

PARTE I - CARATERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

1. SEXO:

Feminino Masculino

2. IDADE: ____ Anos

3. ESTADO CIVIL:

Solteiro(a)
 União de Facto
 Casado(a)
 Divorciado(a)/Separado(a)
 Viúvo(a)

4. LOCAL DE RESIDÊNCIA:

Aldeia Vila Cidade

5. TEMPO DISPENDIDO NA DESLOCAÇÃO PARA O HOSPITAL _____ Minutos.

6. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

Bacharelato
 Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento

7. HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS:

Curso de Especialização **Qual?** _____
 Curso de Pós-Graduação **Qual?** _____

8. SERVIÇO ONDE EXERCE FUNÇÕES NO HOSPITAL: _____

9. CATEGORIA PROFISSIONAL:

Enfermeiro(a) Enfermeiro(a) Especialista

10. ATUALMENTE EXERCE FUNÇÕES DE:

Prestação de Cuidados Gestão Ambas

11. NO PASSADO JÁ ASSUMIU FUNÇÕES DE GESTÃO NO SERVIÇO?

Sim Não

12. O SERVIÇO ONDE EXERCE FUNÇÕES É LIDERADO POR:

Enfermeiro(a) Chefe (de carreira) Enfermeiro(a) Responsável (nomeado)

13. HORÁRIO DE TRABALHO QUE DESENVOLVE ATUALMENTE:

Horário Fixo Horário Rotativo

14. TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL:

	ANOS	MESES
Tempo total de exercício profissional na profissão		
Tempo total de exercício profissional no hospital		
Tempo total de exercício profissional no atual serviço		

15. INGRESSOU NO SERVIÇO ONDE DESEMPENHA FUNÇÕES:

- Por vontade própria
 Por sugestão institucional
 Por conveniência institucional
 Outro motivo **Qual?** _____

16. REGIME DE TRABALHO COM O HOSPITAL:

- Regime de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado
 Regime de contrato individual de trabalho sem termo
 Regime de contrato individual de trabalho com termo
 Outro **Qual?** _____

PARTE II - COMPORTAMENTO DOS ENFERMEIROS CHEFES (Stodgill, 1963; Jesuíno, 2005; Carneiro, 2009)

Todas as pessoas são diferentes na forma de pensar sobre os/as seus/suas enfermeiros/as chefes. Por considerarmos a sua opinião importante para o estudo que empreendemos, pedimos que responda duma forma imediata e em primeira reacção aos itens do questionário apresentado. Para cada uma das questões que se seguem diga qual o seu grau de concordância, colocando um círculo (O) no algarismo que melhor descreve o seu caso. **Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas.**

	Nunca	Raramente	Por vezes	Com frequência	Sempre
1 - Tem atitudes claras para com o grupo.	1	2	3	4	5
2 - Distribui atividades específicas aos diferentes membros do grupo de enfermeiros/as.	1	2	3	4	5
3 - Estabelece prazos para as atividades de enfermagem a realizar.	1	2	3	4	5
4 - Define padrões de atuação.	1	2	3	4	5
5 - Insiste no uso de procedimentos de enfermagem uniformes.	1	2	3	4	5
6 - Insiste para que os/as enfermeiros/as sigam as regras estabelecidas.	1	2	3	4	5
7 - Informa os/as enfermeiros/as sobre o que se espera deles.	1	2	3	4	5
8 - Decide sobre o que deve ser feito e como deve ser feito.	1	2	3	4	5
9 - Certifica-se que o seu papel no serviço é compreendido por todos/as os/as enfermeiros/as.	1	2	3	4	5
10 - Ensaia as ideias com o grupo de enfermeiros/as.	1	2	3	4	5
11 - Esforça-se pouco para que se torne agradável ser membro deste grupo de enfermeiros/as.	1	2	3	4	5
12 - Guarda as informações para si.	1	2	3	4	5
13 - Recusa-se a explicar as suas decisões.	1	2	3	4	5
14 - Decide sem consultar os/as enfermeiros/as.	1	2	3	4	5
15 - Trata todos/as enfermeiros/as como iguais.	1	2	3	4	5
16 - É aberto/a à mudança.	1	2	3	4	5
17 - É simpático/a e acessível.	1	2	3	4	5
18 - É capaz de por em prática sugestões do grupo de enfermeiros/as.	1	2	3	4	5
19 - Informa com antecedência sobre mudanças a efetuar.	1	2	3	4	5
20 - Preocupa-se com o bem pessoal dos/as enfermeiros/as.	1	2	3	4	5
21 - Demonstra disponibilidade para ouvir e orientar os/as enfermeiros/as quando necessário.	1	2	3	4	5
22 - Aceita sugestões de melhoria.	1	2	3	4	5
23 - Delega competências e responsabilidades.	1	2	3	4	5
24 - Pede a sua opinião para alterar procedimentos ou propor mudanças operacionais.	1	2	3	4	5
25 - Reconhece e premeia os esforços individuais e das equipas.	1	2	3	4	5

PARTE III - MOTIVAÇÃO PROFISSIONAL (Jones & Pfeiffer, 1973; Dias, 2001; Carneiro, 2009)

As seguintes perguntas pretendem obter o feedback sobre a motivação sentida e percebida pelo enfermeiro(a) no cotidiano de exercício profissional no serviço onde trabalha. Para cada uma das questões que se seguem diga qual o seu grau de concordância, colocando um círculo (O) no algarismo que melhor descreve o seu caso. Não há respostas certas ou erradas! **Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas.**

	Discordo absolutamente	Discordo	Discordo mais ou menos	Não sei	Concordo mais ou menos	Concordo	Concordo plenamente
1 - Deveriam ser atribuídos aumentos salariais específicos aos/as enfermeiros/as com muito bom desempenho.	1	2	3	4	5	6	7
2 - A existência de protocolos de atuação ajudava os/as enfermeiros/as a saberem melhor aquilo que esperam deles.	1	2	3	4	5	6	7
3 - Os/As enfermeiros/as deveriam ser informados/as de que as suas atividades dependem da forma de trabalho e da eficiência e eficácia da sua instituição.	1	2	3	4	5	6	7
4 - Os/As enfermeiros/as chefes deveriam dar mais atenção às condições físicas do trabalho dos/as enfermeiros/as do serviço.	1	2	3	4	5	6	7
5 - Os/As enfermeiros chefes deveriam trabalhar muito no sentido de criar uma boa e amigável atmosfera de trabalho e relacionamento entre os/as enfermeiros/as.	1	2	3	4	5	6	7
6 - O reconhecimento individual de performance acima da média, tem muito significado para os/as enfermeiros/as.	1	2	3	4	5	6	7
7 - Os enfermeiros chefes que são indiferentes, magoam frequentemente os sentimentos dos/as enfermeiros/as.	1	2	3	4	5	6	7
8 - Os/As enfermeiros/as pretendem sentir que as suas capacidades e técnicas estão a ser aplicadas e respeitadas no seu desempenho.	1	2	3	4	5	6	7
9 - Os benefícios e prémios, como sentimento de pertença, dados pela instituição à antiguidade dos/as enfermeiros/as é uma atitude importante.	1	2	3	4	5	6	7
10 - Praticamente todas as atividades e serviços poderiam ser feitos numa forma mais estimulante e competitiva.	1	2	3	4	5	6	7
11 - A maior parte dos/as enfermeiros/as querem dar o seu melhor em tudo aquilo que fazem.	1	2	3	4	5	6	7
12 - A direção da instituição podia mostrar mais interesse pelos/as enfermeiros/as, se organizasse ou fizesse patrocínio de ações sociais e recreativas extralaborais.	1	2	3	4	5	6	7
13 - O orgulho pelo desempenho pessoal é atualmente uma importante recompensa.	1	2	3	4	5	6	7
14 - Os/As enfermeiros/as gostam de poder pensar que são os/as "melhores" no seu desempenho.	1	2	3	4	5	6	7
15 - A qualidade dos relacionamentos informais entre os enfermeiros é muito importante.	1	2	3	4	5	6	7
16 - Se houvesse incentivos financeiros, a performance do desempenho dos/as enfermeiros/as seria melhor.	1	2	3	4	5	6	7
17 - A visibilidade dos/as enfermeiros/as por parte dos superiores hierárquicos de topo é importante.	1	2	3	4	5	6	7
18 - Os/as enfermeiros/as geralmente gostam de programar as próprias atividades e de tomar as decisões associadas a essas atividades com um mínimo de intervenção dos seus enfermeiros/as chefes.	1	2	3	4	5	6	7
19 - A segurança de pertencer ao quadro da função pública é importante para os/as enfermeiros/as.	1	2	3	4	5	6	7
20 - Ter bom equipamento e material em qualidade e quantidade para trabalhar é importante para os/as enfermeiros/as.	1	2	3	4	5	6	7
21 - A formação em serviço é tida como incentivo para o crescimento pessoal e profissional dos/as enfermeiros/as.	1	2	3	4	5	6	7
22 - A possibilidade de frequentar ações de atualização profissional é importante para os/as enfermeiros/as.	1	2	3	4	5	6	7
23 - Os /as enfermeiros/as gostam de saber o que os seus enfermeiros/as chefes pensam e esperam deles como pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
24 - É importante para os/as enfermeiros/as ter o apoio dos seus enfermeiros/as chefes quando tomam uma decisão.	1	2	3	4	5	6	7
25 - As redes de comunicação institucional permitem informação adequada.	1	2	3	4	5	6	7