

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**VÍNCULOS COM A ORGANIZAÇÃO E OS ESTILOS  
DE LIDERANÇA: UMA ANÁLISE NA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Andressa Schaurich dos Santos**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2015**

**VÍNCULOS COM A ORGANIZAÇÃO E OS ESTILOS DE  
LIDERANÇA: UMA ANÁLISE NA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES**

**Andressa Schaurich dos Santos**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Administração, Área de concentração Sistemas, Estruturas e Pessoas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Administração**.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vânia Medianeira Flores Costa**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2015**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências Sociais e Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Administração**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Dissertação de Mestrado**

**VÍNCULOS COM A ORGANIZAÇÃO E OS ESTILOS DE LIDERANÇA:  
UMA ANÁLISE NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE INSTITUIÇÕES  
HOSPITALARES**

elaborado por  
**Andressa Schaurich dos Santos**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Administração**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

**Vânia Medianeira Flores Costa, Dr.<sup>a</sup>. (UFSM)**  
(Presidente/orientadora)

---

**Vania Maria Fighera Olivo, Dr.<sup>a</sup>. (UFSM)**

---

**Luis Felipe Dias Lopes, Dr. (UFSM)**

Santa Maria, 01 de abril de 2015.

## AGRADECIMENTOS

Sempre que me deparo com a leitura de uma dissertação ou tese gosto de ler também os agradecimentos, pois para mim, lá estão expressos, de fato, os sentimentos de gratidão àqueles que contribuíram para a elaboração do trabalho.

Nessas leituras, seguidamente percebo o cuidado dos autores em destacar a impossibilidade de mencionar todos aqueles que foram importantes no processo. Agora que me vejo na incumbência dessa tarefa consigo entender tal dificuldade, pois tão grande o desafio de realização desta dissertação, foi utilizar poucas páginas para expressar todo o meu agradecimento aos que fizeram parte dessa história.

Sem dúvida, este momento ao qual chego só foi possível com a ajuda de muitas pessoas, às quais gostaria de expressar meu “muito obrigado”...

Agradeço a Deus por ter guiado os meus passos na continuidade dessa caminhada, por ter iluminado meus pensamentos e me dado forças para alcançar mais uma meta em minha vida pessoal e profissional.

Às minhas famílias (“verdadeira” e “emprestada”), agradeço por tudo que é imensurável.

Aos meus pais, Antônio e Ângela, por todo o amor e dedicação, por estarem ao meu lado em todos os momentos, me apoiando, incentivando, torcendo pelo meu sucesso e por darem toda estrutura para que eu me tornasse a pessoa que sou hoje. E pela certeza de poder contar sempre!

À minha irmã, Anelise, minha melhor amiga, cúmplice e confidente, pelo apoio e incentivo ao longo dessa jornada, pela constante força, pela companhia durante todo o processo, por compreender minhas angústias, pelos momentos de desabafos e pelas só nossas conversas “psicológicas”. Pela amizade e carinho eternos e por saber que, em qualquer circunstância, estará sempre ao meu lado quando eu precisar!

Ao meu namorado, Maurícus, um agradecimento mais que especial... Por dividir comigo mais este momento, pelas “trocas” acadêmicas, pela compreensão, pelo amparo, pelo ouvir, por me tranquilizar e fazer sentir paz em momentos de ansiedade, por colocar meus pés “no chão” quando preciso, por “me aguentar” durante todos esses anos, por todo carinho e amor. E por sempre me fazer acreditar que eu sou capaz e que é possível!

Aos meus avós, tios e primos, por celebrarem comigo minhas conquistas e compreenderem os momentos de ausência. Em especial a minha vó Dilene, tia Márcia e Arthur pelo amor, incentivo e por vibrarem com o meu sucesso. E também ao meu cunhado Tilico por toda torcida.

À minha família “emprestada”, sogros, cunhados, sobrinha, tios e primos, pela torcida de sempre e pelo carinho que têm comigo durante todos esses anos, me fazendo realmente sentir da família. Muito obrigada!

Agradeço imensamente a pessoa sem a qual não seria possível a realização deste trabalho... Minha querida “mãe” orientadora, Prof<sup>a</sup> Vânia, que me “adotou” ainda na iniciação científica e me educou pela referência. Além de professora e orientadora é minha “mãe emprestada” e, acima de tudo, uma amiga muito especial, pela qual tenho uma enorme admiração e carinho. Agradeço por todos os ensinamentos, preocupações e cuidados. Obrigada pela confiança, por acreditar em mim e me dar a honra de ser sua (eterna) orientanda. Obrigada pela amizade, pelas conversas, por estar sempre presente durante todos estes anos, me incentivando e torcendo pelo meu sucesso, e por guiar os rumos na minha vida acadêmica e científica. E um agradecimento especial também a sua família, pelo carinho, que fazem com que me sinta acolhida por todos.

Ao Gean, grande amigo, fiel escudeiro e companheiro, meu “braço” direito (e esquerdo), pela amizade e parceria de todas as horas, e pela imensa ajuda, sempre! Não tenho nem palavras para agradecer por todo teu auxílio e disponibilidade. Muito, muito obrigada!

Às minhas queridas amigas Denise, Grazielle, Greice, Karla, Letícia, Marcele, Mauren e Vívian por se fazerem presentes mesmo na distância, pela amizade, pelo companheirismo, pela parceria e principalmente pela torcida para que esse momento chegasse!

À Aline, Dimy, Ligi, Luana, Rita e Samia pelo prazer da convivência, pelo carinho e amizade. E a Lucimara, pela amizade e por acreditar no meu potencial e me dar a oportunidade de iniciar minha carreira docente.

Ao Lâercio, pelo pronto auxílio sempre e pelas eternas ajudas em estatística. À Stefania, pela amizade e carinho, e por toda a disponibilidade, me ajudando no que for preciso. E a todos os demais colegas do grupo de pesquisa pela compreensão neste período de ausência.

Aos colegas de mestrado, com quem tive a oportunidade de trabalhar, pela troca de conhecimentos, pelas alegrias e angústias compartilhadas, em especial às amigas que permanecerão em minha vida para sempre: as “novas” Jaque, Maríndia e Tati, além das “velhas”, já citadas Aline, Denise e Dimy.

Aos amigos (e agregados) do Laequi, antiga e nova geração, em especial à Prof<sup>a</sup> Mara e Prof. Hugo por me acolherem durante todos esses anos e me fazerem sentir como se eu fosse do grupo, e à Ana Carolina, Fernando, Gi, Leandro, Maira, e Thais, que me acompanharam nessa caminhada, torcendo e vibrando comigo a cada etapa concluída.

Ao Prof. Luis Felipe, pela disponibilidade em sempre me ajudar, aguentando meus incômodos, por todas as contribuições no processamento dos dados, mas principalmente, pela amizade e carinho.

A todos os professores do PPGA/UFSM, pelos valiosos ensinamentos e pelo exemplo de profissionalismo e competências acadêmicas, em especial ao Prof. Italo pela amizade e pela confiança depositada em mim ao longo desse período, em diversas situações.

Aos secretários do PPGA/UFSM, por me ajudarem prontamente, sempre atendendo aos meus pedidos.

À Profª Vania Olivo, por aceitar prontamente o convite para participar da banca, por todas suas contribuições e pelo privilégio de tê-la como avaliadora.

À Profª Laura Guido, pelo carinho, ajuda e contribuições na qualificação do projeto.

Aos alunos do estágio docente, da minha vivência como professora do curso Técnico e como tutora do curso de Gestão Pública Municipal/Ead. Agradeço por confirmarem o meu gosto e interesse pelo ensino e pesquisa e pela compreensão que tiveram durante esse período “conturbado”.

À Universidade Federal de Santa Maria, pela acolhida de todos esses anos. E a CAPES, pelo auxílio financeiro durante todo o período do mestrado.

Aos Hospitais participantes do estudo, pela oportunidade de poder realizar esta dissertação. Em especial a todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, por me receberem em seu local de trabalho e disponibilizarem seu tempo para me ajudar. Este trabalho só foi possível por causa de vocês. Muito obrigada!

Ao Hospital Mãe de Deus, especialmente ao Dr. Rogério, pelo auxílio para liberação da aplicação e a Enfª Fernanda Guimarães pela confiança no meu trabalho. Ao Hospital Nossa Senhora da Conceição, especialmente a Enfª Judit por abrir as “portas” para que a pesquisa fosse realizada e a Enfª Joice Quéli pela amizade, pelas conversas e pela grande ajuda na reta final da coleta dos dados. Ainda à Silvana e ao Rogério, dos Comitês de Ética dos dois Hospitais, por me auxiliarem em todos os procedimentos.

Em todos os momentos da minha vida nunca me faltaram pessoas maravilhosas me dando apoio e carinho. Sou muito abençoada por ter vocês comigo. Mesmo assim, peço desculpas se por ventura tenha “esquecido” de citar alguém, não se sintam injustiçados, pois com certeza serão lembrados sempre de uma forma muito especial.

Esta dissertação representa não apenas a finalização de um projeto de pesquisa, mas também a continuidade da realização de um sonho, de um projeto pessoal e de carreira.

Logo, agradeço imensamente a todos que dividiram comigo esta trajetória, direta ou indiretamente, fazendo-se presente com palavras de apoio e compartilhando o valor que esta conquista representa para mim.

A todos vocês, o meu mais sincero “*Muito Obrigada*”!!!

## RESUMO

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Administração  
Universidade Federal de Santa Maria

### **VÍNCULOS COM A ORGANIZAÇÃO E OS ESTILOS DE LIDERANÇA: UMA ANÁLISE NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES**

AUTORA: ANDRESSA SCHAURICH DOS SANTOS  
ORIENTADORA: VÂNIA MEDIANEIRA FLORES COSTA  
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 01 de abril de 2015.

Este estudo teve como objetivo analisar a relação entre os vínculos dos trabalhadores com a organização e os estilos de liderança dos gestores na equipe de Enfermagem de Hospitais Públicos e Privados no Rio Grande do Sul (RS). Para tanto, realizou-se um estudo de caso, de natureza descritiva e abordagem quantitativa. A amostra da pesquisa foi composta por 347 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de um Hospital público e um Hospital privado, localizados na cidade de Porto Alegre/RS. Para a coleta de dados utilizou-se um protocolo de pesquisa (questionário) composto por itens fechados, divididos em três partes: Dados pessoais e ocupacionais; Vínculos com a Organização; e, Estilos de Liderança. A análise dos dados foi realizada com o auxílio dos softwares “Microsoft Excel” versão 2010, SPSS versão 18 e SAS versão 9.1, por meio de cálculo de estatísticas descritivas, técnicas de comparação de grupos e análise de correlação - coeficiente de correlação de Pearson. Os dados obtidos nessa análise revelaram que, entre as correlações dos construtos, todas as associações foram positivas, o que indica haver alguma forma de relação direta entre estes. Considerando a relação entre “Vínculos com a Organização” e “Estilos de Liderança” concluiu-se, para o contexto de estudo, que o Comprometimento Organizacional se correlacionou mais intensamente com a Liderança Transformacional e sua base Estimulação Intelectual, à medida que o Consentimento Organizacional também se ligou mais fortemente com essa liderança e sua base Carisma ou Influência Idealizada. Ao mesmo tempo, o Entrincheiramento Organizacional relacionou-se significativamente apenas com a Ausência de Liderança, demonstrando que, em relação a este vínculo, muito pouco é percebido pelos colaboradores como de responsabilidade da liderança. Diante desses resultados, é possível afirmar que os vínculos que os trabalhadores desenvolvem com suas organizações estão relacionados aos estilos de liderança dos seus gestores, ou a ausência destes, sendo algumas com uma intensidade mais forte, outras mais fracas, mas todos positivamente associados.

**Palavras-chave:** Vínculos com a Organização; Comprometimento Organizacional; Entrincheiramento Organizacional; Consentimento Organizacional; Estilos de liderança; Equipe de Enfermagem; Hospitais Públicos e Privados.

## **ABSTRACT**

Master's Dissertation  
Graduate Program in Management  
Universidade Federal de Santa Maria

### **TIES WITH THE ORGANIZATION AND LEADERSHIP STYLES: AN ANALYSIS IN HOSPITAL INSTITUTIONS OF NURSING TEAM**

**AUTHOR: ANDRESSA SCHAURICH DOS SANTOS**  
**ADVISOR: VÂNIA MEDIANEIRA FLORES COSTA**  
Date and Place of Defense: Santa Maria, April 1<sup>th</sup>, 2015.

This study aimed to analyze the relationship between the ties of workers with the organization and the leadership styles of managers in Public and Private Hospitals Nursing team in Rio Grande do Sul (RS). Therefore, we carried out a case study, descriptive and quantitative approach nature. The research sample consisted of 347 nurses, technicians and nursing assistants from a public and a private hospitals, located in the city of Porto Alegre/RS. To collect data, we used a research protocol (questionnaire) with closed items, divided into three parts: personal and occupational data; Ties to the Organization; and Leadership styles. Data analysis was performed using the software "Microsoft Excel" version 2010, SPSS version 18 and SAS version 9.1, by calculating descriptive statistics, groups comparison of techniques and correlation analysis - Pearson correlation coefficient. The data obtained in the analysis revealed that the correlations between the constructs all associations were positive, which indicates there is some form of direct relation between them. Considering the relationship between "Ties with the Organization" and "Leadership Styles" concluded for the study context, the Organizational Commitment correlated more strongly with the Transformational Leadership and its Intellectual Stimulation basis, as Organizational Consent also bound more strongly with this leadership and its base Charisma or Idealized Influence. At the same time, the Organizational Entrenchment was related significantly only with Leadership Absence, showing that, on this link, very little is perceived by employees as of leadership responsibility. From these results, we can say that the ties that workers develop with their organizations are related to leadership styles of their managers, or the absence of these, some with a stronger intensity, other weaker, but all positively associated.

**Keywords:** Ties to the Organization; Organizational Commitment; Organizational Entrenchment; Organizational Consent; Leadership styles; Nursing staff; Public and Private Hospitals.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Vínculos com a Organização .....	19
Figura 2 - Esquema de hipóteses do estudo.....	24
Figura 3 - Organograma de avaliação - Estilos de Liderança dos gestores da equipe de Enfermagem.....	25
Figura 4 - Modelo tridimensional de Meyer e Allen (1991) .....	32
Figura 5 - Modelo de Entrincheiramento na organização .....	40
Figura 6 - Construção do conceito de Consentimento Organizacional .....	44
Figura 7 - Esquema Liderança Transacional e Transformacional.....	53
Figura 8 - Dimensões da área hospitalar .....	60
Figura 9 - Hospitais do Brasil em 2012.....	63
Figura 10 - Hospitais do Brasil em 2014.....	64
Figura 11 - Fluxograma da estrutura do SUS no Brasil .....	66
Figura 12 - Hospitais disponíveis ao SUS .....	67
Figura 13 - Profissionais de Enfermagem no Brasil por categoria.....	72
Figura 14 - Etapas da pesquisa .....	79
Figura 15 - Desenho de Pesquisa.....	80
Figura 16 - Cálculo da amostra necessária para pesquisa .....	83
Figura 17 - Transformação das escalas dos modelos utilizados.....	95
Figura 18 - Representação do questionário .....	96
Figura 19 - Fórmula para cálculo dos <i>clusters</i> .....	99
Figura 20 - Convenção de siglas que serão utilizadas na análise dos dados .....	101
Figura 21 - Gráfico da média padronizada e classificação do nível de Comprometimento Organizacional e suas dimensões .....	116
Figura 22 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto ao Comprometimento Organizacional.....	117
Figura 23 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto as dimensões do Comprometimento Organizacional.....	118
Figura 24 - Gráfico da média padronizada e classificação do nível de Entrincheiramento Organizacional e suas dimensões .....	123
Figura 25 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto ao Entrincheiramento Organizacional.....	124
Figura 26 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto as dimensões do Entrincheiramento Organizacional .....	125
Figura 27 - Gráfico da média padronizada e classificação do nível de Entrincheiramento Organizacional e suas dimensões .....	131
Figura 28 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto ao Consentimento Organizacional.....	132
Figura 29 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto as dimensões do Consentimento Organizacional.....	133
Figura 30 - Gráfico da média padronizada e classificação do nível dos construtos e dimensões de “Vínculos com a Organização”.....	137
Figura 31 - Percentual por categoria profissional e tipo de instituição - Comprometimento...	141
Figura 32 - Percentual por categoria profissional e tipo de instituição - Entrincheiramento ...	143
Figura 33 - Percentual por categoria profissional e tipo de instituição - Consentimento.....	145
Figura 34 - Gráfico da média padronizada e classificação do nível de Liderança Transacional e suas dimensões .....	149

Figura 35 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto ao construto Liderança Transacional.....	150
Figura 36 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto as dimensões da Liderança Transacional.....	151
Figura 37 - Gráfico da média padronizada e classificação do nível de Liderança Transformacional e suas dimensões .....	154
Figura 38 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto ao construto Liderança Transformacional.....	155
Figura 39 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto as dimensões da Liderança Transformacional .....	156
Figura 40 - Gráfico da média padronizada e classificação do nível Ausência de Liderança ...	160
Figura 41 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto ao construto Ausência de Liderança.....	161
Figura 42 - Gráfico da média padronizada e classificação do nível dos construtos e dimensões de “Estilos de liderança”.....	165
Figura 43 - Percentual por categoria profissional e tipo de instituição – Liderança Transacional .....	168
Figura 44 - Percentual por categoria profissional e tipo de instituição – Liderança Transformacional.....	170
Figura 45 - Percentual por categoria profissional e tipo de instituição – Ausência de liderança .....	172
Figura 46 - Avaliação do coeficiente de correlação .....	174

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões do Entrincheiramento Organizacional.....	39
Quadro 2 - Dimensões do Consentimento Organizacional .....	45
Quadro 3 - Dimensões da Liderança Transacional.....	50
Quadro 4 - Dimensões da Liderança Transformacional .....	52
Quadro 5 - Composição dos diferentes tipos de líderes .....	54
Quadro 6 - Comparação entre os processos de influência da Liderança Transacional e Transformacional.....	55
Quadro 7 - Apresentação dos hospitais participantes do estudo .....	82
Quadro 8 - Definição e operacionalização dos construtos e suas dimensões.....	89
Quadro 9 - Escala de Comprometimento Organizacional .....	91
Quadro 10 - Escala de Entrincheiramento Organizacional .....	92
Quadro 11 - Escala de Consentimento Organizacional .....	93
Quadro 12 - Escala de Liderança.....	94
Quadro 13 - Classificação para os índices de consistência interna .....	97
Quadro 14 - Procedimentos de análise dos dados por objetivo específico proposto.....	98
Quadro 15 - Convenção das categorias ( <i>clusters</i> ) .....	100
Quadro 16 – Quadro Resumo dos níveis de “Vínculos com a Organização” .....	146
Quadro 17 - Quadro Resumo dos níveis de “Estilos de liderança” .....	173
Quadro 18 - Resultados obtidos para as hipóteses do estudo .....	183
Quadro 19 - Correlações estatisticamente não significativas .....	184

## LISTA DE TABELA

Tabela 1 - População e Amostra.....	84
Tabela 2 - Perfil geral dos participantes e por tipo de instituição hospitalar.....	104
Tabela 3 - Perfil dos participantes do Hospital A e do Hospital B.....	108
Tabela 4 - Confiabilidade das escalas.....	112
Tabela 5 - Estatística do construto Comprometimento Organizacional e de suas dimensões	115
Tabela 6 - Distribuição percentual das respostas dos participantes por nível para o vínculo Comprometimento Organizacional.....	117
Tabela 7 - Estatística descritiva dos itens da escala de Comprometimento Organizacional ..	120
Tabela 8 - Estatística do construto Entrincheiramento Organizacional e de suas dimensões	122
Tabela 9 - Distribuição percentual das respostas dos participantes por nível para o vínculo Entrincheiramento Organizacional .....	124
Tabela 10 - Estatística descritiva dos itens da escala de Entrincheiramento Organizacional	127
Tabela 11 - Estatística do construto Consentimento Organizacional e de suas dimensões....	130
Tabela 12 - Distribuição percentual das respostas dos participantes por nível para o vínculo Consentimento Organizacional.....	132
Tabela 13 - Estatística descritiva dos itens da escala de Consentimento Organizacional .....	134
Tabela 14 - Estatística dos construtos e das dimensões dos "Vínculos com a Organização"	136
Tabela 15 - Nível de Comprometimento Organizacional por categoria e tipo de instituição	140
Tabela 16 - Nível de Entrincheiramento Organizacional por categoria e tipo de instituição.	142
Tabela 17 - Nível de Consentimento Organizacional por categoria e tipo de instituição .....	144
Tabela 18 - Estatística do construto Liderança Transacional e de suas dimensões.....	148
Tabela 19 - Distribuição percentual das respostas dos participantes por nível para o estilo de Liderança Transacional.....	150
Tabela 20 - Estatística descritiva dos itens da escala de Liderança Transacional.....	152
Tabela 21 - Estatística do construto Liderança Transformacional e de suas dimensões .....	153
Tabela 22 - Distribuição percentual das respostas dos participantes por nível para o estilo de Liderança Transformacional .....	155
Tabela 23 - Estatística descritiva dos itens da escala de Liderança Transformacional .....	157
Tabela 24 - Estatística do construto Ausência de Liderança .....	159
Tabela 25 - Distribuição percentual das respostas dos participantes por nível para Ausência de Liderança .....	161
Tabela 26 - Estatística descritiva dos itens da escala de Ausência de Liderança.....	162
Tabela 27 - Estatística dos construtos e das dimensões dos "Estilos de liderança" .....	163
Tabela 28 - Nível de Liderança Transacional por categoria e tipo de instituição .....	167
Tabela 29 - Nível de Liderança Transformacional por categoria e tipo de instituição .....	169
Tabela 30 - Nível de Ausência de Liderança por categoria e tipo de instituição .....	171
Tabela 31 - Matriz de correlação e significâncias dos "Vínculos com a organização" e "Estilos de liderança" – Geral .....	175

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANPAD	Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCSH	Centro de Ciências Sociais e Humanas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional em Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão de Ética em Pesquisa
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
GEAIC	Gabinete de Estudos e Apoio Institucional Comunitário
MLQ	<i>Multifactor Leadership Questionnaire</i>
OCQ	<i>Organizational Commitment Questionnaire</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PPGA	Programa de Pós-graduação em Administração
RS	Rio Grande do Sul
SAS	<i>Statistical Analysis System</i>
SISNEP	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo A - Termo de autorização para realização da pesquisa – Hospital A .....	213
Anexo B - Termo de autorização para realização da pesquisa – Hospital B.....	214
Anexo C - Parecer substanciado do CEP da Universidade Federal de Santa Maria .....	215
Anexo D - Parecer substanciado do CEP do Hospital A .....	219
Anexo E - Parecer substanciado do CEP do Hospital B.....	222

## LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Hospital A .....	226
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Hospital B .....	229
Apêndice C - Termo de Confidencialidade .....	233
Apêndice D - Protocolo de coleta de dados.....	234
Apêndice E - Matriz de correlação e significâncias dos “Vínculos com a organização” e “Estilos de liderança” – Hospital A (público) .....	238
Apêndice F - Matriz de correlação e significâncias dos “Vínculos com a organização” e “Estilos de liderança” – Hospital B (privado) .....	239

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 1 VÍNCULOS DOS TRABALHADORES COM A ORGANIZAÇÃO E OS ESTILOS DE LIDERANÇA DOS GESTORES .....</b>	<b>29</b>
<b>1.1 Comprometimento Organizacional: de uma perspectiva unidimensional a uma abordagem tridimensional .....</b>	<b>29</b>
<b>1.2 Do Entrincheiramento na carreira ao Entrincheiramento Organizacional: origem e conceituação do construto .....</b>	<b>36</b>
<b>1.3 Consentimento Organizacional: contribuições da Sociologia e da Psicologia Social para a definição do construto .....</b>	<b>41</b>
<b>1.4 Liderança, estilos de gestão e sua relação com os vínculos organizacionais .....</b>	<b>46</b>
<b>CAPÍTULO 2 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES, EQUIPE DE ENFERMAGEM E A LIDERANÇA NESTE CONTEXTO .....</b>	<b>59</b>
<b>2.1 Equipe de Enfermagem e a liderança do enfermeiro .....</b>	<b>70</b>
<b>CAPÍTULO 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....</b>	<b>77</b>
<b>3.1 Caracterização e delineamento da pesquisa.....</b>	<b>77</b>
3.1.1 Desenho da pesquisa.....	79
3.1.2 Objeto de estudo .....	80
<b>3.2 População e amostra.....</b>	<b>82</b>
3.2.1 Critérios de inclusão .....	84
3.2.2 Critérios de exclusão .....	84
<b>3.3 Aspectos éticos .....</b>	<b>85</b>
3.3.1 Riscos do estudo .....	86
3.3.2 Benefícios do estudo.....	86
<b>3.4 Definição e operacionalização das variáveis .....</b>	<b>86</b>
<b>3.5 Instrumento e Coleta de dados .....</b>	<b>89</b>
<b>3.6 Técnica de Análise dos dados .....</b>	<b>97</b>

<b>CAPÍTULO 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>103</b>
<b>4.1 Caracterização do perfil dos participantes da pesquisa .....</b>	<b>103</b>
<b>4.2 Avaliação da confiabilidade das escalas .....</b>	<b>111</b>
<b>4.3 Vínculos com a Organização: identificando os níveis de Comprometimento, Entrincheiramento e Consentimento .....</b>	<b>113</b>
4.3.1 Nível de Comprometimento Organizacional .....	114
4.3.2 Nível de Entrincheiramento Organizacional .....	122
4.3.3 Nível de Consentimento Organizacional .....	130
4.3.4 Comparando os “Vínculos com a Organização” .....	136
4.3.5 Vínculos com a Organização por categoria profissional e por tipo de instituição .....	139
<b>4.4 Identificando os níveis de Liderança: percepção dos pesquisados quanto ao estilo de gestão do seu superior imediato .....</b>	<b>147</b>
4.4.1 Nível de Liderança Transacional .....	148
4.4.2 Nível de Liderança Transformacional .....	153
4.4.3 Nível de Ausência de Liderança .....	159
4.4.4 Comparando os “Estilos de Liderança” .....	163
4.4.5 Estilos de liderança por categoria profissional e por tipo de instituição .....	166
<b>4.5 A relação entre “Vínculos com a Organização” e “Estilos de Liderança” .....</b>	<b>174</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>185</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>195</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>212</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>225</b>

## INTRODUÇÃO

Fatores que interferem na maneira de agir dos indivíduos dentro das empresas não são assunto recente em discussões da área do comportamento organizacional. Embora esse interesse seja antigo, Moscon (2013) ressalta que a competitividade imposta pela dinâmica do mundo moderno amplia a exigência de que as organizações tenham colaboradores cada vez mais produtivos e envolvidos com as atividades que desempenham, com as equipes e as instituições.

A importância do estudo desses fatores fica evidente, principalmente, no meio acadêmico, com o crescimento de pesquisas que tentam entender as ligações que os trabalhadores desenvolvem com os diferentes ambientes nos quais estão inseridos. Para Pinho e Bastos (2014) compreender a natureza dos vínculos é um dos tópicos mais clássicos e desafiadores desse campo de pesquisa, além de ser uma questão de bastante interesse dos gestores que dependem das equipes efetivamente comprometidas com valores, metas e objetivos organizacionais.

De acordo com esses autores, no campo do comportamento organizacional, o estudo sobre o vínculo psicológico que o indivíduo desenvolve com a sua organização empregadora tem recebido considerável atenção por parte de gestores e pesquisadores (PINHO e BASTOS, 2014). Bastos et al. (2008a) ressaltam que existem diversos estudos voltados para os vínculos que os trabalhadores desenvolvem com o mundo do trabalho, no qual destaca-se o *Comprometimento Organizacional* em função do número de pesquisas envolvendo o tema e pelas inúmeras perspectivas de análise. Estudos acerca do Comprometimento Organizacional tem despertado interesse e se multiplicado desde a metade do século XX, apresentando como característica marcante a grande variedade de definições e modelos. Esta diversidade, segundo os autores, abrange questões conceituais e de mensuração que, apesar da longa trajetória de pesquisa, ainda são atuais desafios para os pesquisadores, tanto no cenário nacional quanto internacional, colocando-o entre os mais investigados no domínio da área do comportamento nas organizações e em uma agenda de pesquisa que se encontra distante de ser esgotada.

Nas pesquisas sobre este assunto predominou por mais de uma década o modelo tridimensional proposto por Meyer e Allen (1991), composto pelas bases Afetiva, de continuação (mais tarde denominada Instrumental) e Normativa. O foco principal desta dissertação foi dado a este modelo proposto há mais de vinte anos com a ideia de tentar reunir

conceitos elaborados anteriormente por diversos pesquisadores e expandir o estudo do construto.

Contudo, embora a estrutura tridimensional ainda ocupe lugar de destaque na literatura, está longe de representar um consenso, uma vez que novos achados têm levantado questionamentos importantes quanto à representação do modelo vigente, especialmente no que se refere à mensuração das bases Instrumental e Normativa. Para Costa (2007), a dificuldade está na adequação do instrumento sugerido pelos autores à realidade brasileira, evidenciando-se a necessidade de mais estudos que consolidem esse modelo no Brasil.

Os próprios autores Meyer e Allen (1997) ressaltam que apesar das investigações sobre o Comprometimento Organizacional estarem promovendo a sua evolução conceitual, existem controvérsias sobre a natureza do vínculo indivíduo-organização. Conforme Pinho e Bastos (2014), as inconsistências empíricas envolvendo, principalmente, as bases Instrumental e Normativa detectam problemas para a integração das três dimensões em um único construto. Essas discussões, segundo os autores, promovem o levantamento de questões em relação a generalização do modelo, tornando o construto um tópico ainda em desenvolvimento.

De acordo com Bastos et al. (2011), pesquisas tem motivado a construção de conceitos para um melhor entendimento da dimensionalidade do Comprometimento, intensificados pelo debate sobre sua natureza uni ou multidimensional. As dificuldades relacionadas à conceituação desse vínculo deram origem a dois novos construtos: *Entrincheiramento Organizacional e Consentimento Organizacional*.

A proposição de Entrincheiramento Organizacional foi pautada como resposta às inconsistências observadas na base Instrumental do Comprometimento Organizacional. Bastos et al. (2008b) sugeriram esse conceito e Rodrigues (2009) validou uma escala para mensurá-lo. Os autores basearam-se na revisão teórica do Entrincheiramento na carreira, presente nos estudos de Carson e Bedeian (1994) e Carson, Carson e Bedeian (1995), que tiveram origem nas pesquisas sobre o Comprometimento de continuação (Instrumental) e a teoria de *side bets* de Becker (1960). Já o Consentimento Organizacional foi proposto em função das contradições observadas em relação a base Normativa do Comprometimento Organizacional. Bastos et al. (2008c) introduziram a sua conceituação no meio organizacional e Silva (2009) validou um instrumento para mensurá-lo, se apoiando em reflexões teóricas dos campos da Psicologia Social e da Sociologia. Logo, ambos os conceitos,

Entrincheiramento e Consentimento Organizacional, foram uma resposta às incoerências observadas nas bases do Comprometimento Organizacional.

No Brasil, pesquisadores do “Núcleo de Estudos Indivíduo, Organizações e Trabalho” da Universidade Federal da Bahia (UFBA), conduzidos pelo professor Antônio Virgílio Bittencourt Bastos, são o principal grupo de pesquisa que têm se dedicado ao estudo desse assunto. De acordo com os estudos realizados por estes pesquisadores, a validação teórica e empírica dos construtos de Entrincheiramento e Consentimento Organizacional favorece que o conceito de Comprometimento Organizacional seja restringido a sua principal vertente, ou seja, a base Afetiva, eliminando-se, assim, os componentes classicamente associados a ele (bases Instrumental e Normativa), conforme se visualiza na Figura 1:

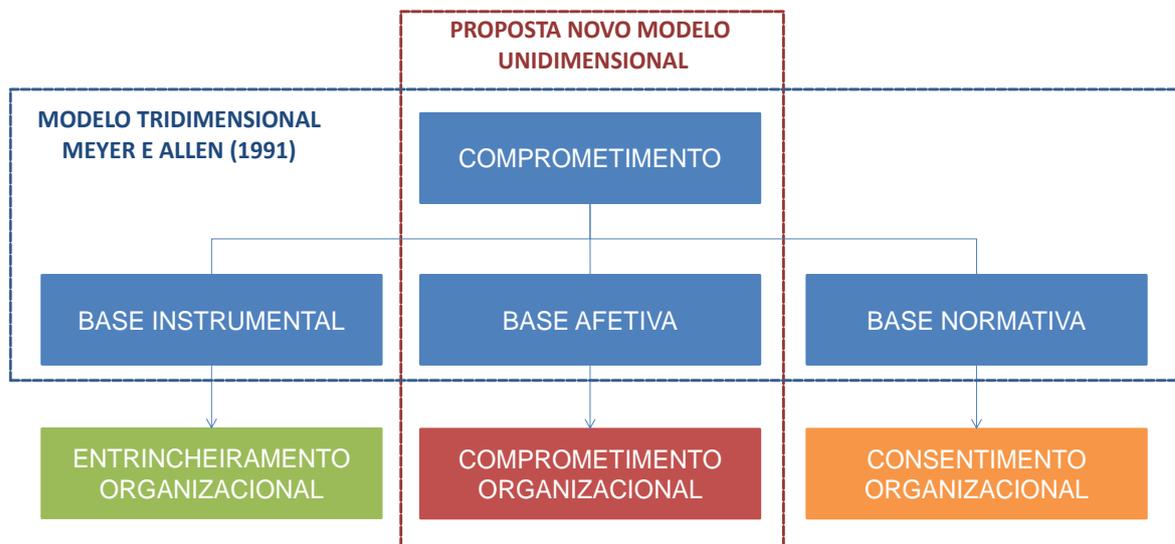


Figura 1 - Vínculos com a Organização

Fonte: adaptado de Moscon (2013)

A partir do observado na Figura 1, Moscon (2013) evidencia que as tentativas em compreender os vínculos e buscar maior precisão teórica têm como objetivo propiciar uma aplicação prática dos conhecimentos produzidos pela pesquisa sobre o Comprometimento. Bastos et al. (2013) ressaltam que estudos da última década tem procurado analisar isso, por meio de pesquisas relacionando a experiência de trabalho e este vínculo, ou ainda a partir do impacto de variáveis antecedentes e pessoais.

De acordo com Pinho e Bastos (2014), para o contexto gerencial, as investigações relacionadas a este vínculo têm indicado a redução da rotatividade e o aumento do nível de desempenho, resultados que contribuem para a eficácia da organização. Nesse sentido, destacam-se, dentre os fenômenos que podem intervir no estabelecimento dos Vínculos com a organização, a temática liderança, por meio da influência do papel do gestor enquanto mediador da relação trabalhador-empresa e, mais especificamente, o estilo de liderança desses líderes.

Segundo Calaça e Vizeu (2015), há muito tempo o tema da liderança tem sido amplamente estudado por diferentes áreas e campos de saber, dentre as quais se destaca a Administração. Para os autores, essa área sob a tutela de campos específicos de conhecimento e de prática profissional (particularmente, a Psicologia Organizacional e a área de Gestão de Pessoas) tem delineado programas de pesquisa sobre a temática que carregam premissas e interesses muito particulares. Corroborando essa ideia, Moscon (2013) evidencia que apesar do termo ‘líder’ constar no dicionário Oxford desde 1300, os estudos científicos sobre a liderança começaram a ser desenvolvidos mais intensamente no início do século XX, coincidindo com o surgimento da Administração Científica de Taylor e da Psicologia Organizacional, e focando as características pessoais e as habilidades do indivíduo.

Com o passar dos anos, a partir do aumento de pesquisas relacionadas ao tema surgiram novas formas de abordagens, com o objetivo principal de compreender como o líder se comporta em relação aos seus subordinados. No entendimento de Avolio et al. (2003), embora as características pessoais do líder influenciem na condução do grupo, são o comportamento e estilo de gestão que serão determinantes para o resultado final da interação. Assim, a partir desse cenário desenvolveu-se uma abordagem que se propôs a integrar os aspectos comportamentais e os traços de personalidade, procurando reconciliar algumas controvérsias dos estudos sobre liderança das últimas décadas, e dando origem as duas novas teorias: *Transacional* e *Transformacional*.

De acordo com Muniz Filho (2013), Bass (1999) e alguns colaboradores identificaram oito dimensões de comportamento de liderança, que cobrem as variáveis da Liderança Transformacional, Transacional, além da “ausência da liderança”, conhecida como *laissez-faire*. Essas dimensões deram origem ao questionário *Multifactor Leadership Questionnaire* (MLQ), que desde então se tornou referência nos estudos contemporâneos sobre esse tema.

Nos estudos atuais reconhece-se que o comportamento dos gestores precisa ser ajustado a um contexto mais amplo e do qual dependem outras variáveis além das destacadas anteriormente, como, por exemplo, o ambiente onde a relação líder-subordinado se

desenvolve (MOSCON, 2013). Portanto, de acordo com essa autora, se o conceito de Comprometimento ainda se encontra em fase de delimitação teórica e empírica, isso é ainda mais verdadeiro quando se aborda assuntos de liderança no trabalho e nas organizações.

Para Santos e Moscon (2014), embora pesquisas sobre o fenômeno da liderança nas organizações contemporâneas seja um assunto bastante discutido e motivador para estudos, ainda há uma certa carência no seu delineamento. Logo, para que se avance mais nesse campo teórico há uma necessidade de estudo da liderança englobando as características do líder e o contexto no qual ele está inserido, além de procurar entender como as pessoas influenciadas por esse líder interpretam sua gestão.

Dessa forma, o estudo de ambos os fenômenos, “Vínculos do trabalhador com a Organização” e “Estilos de liderança”, apesar de terem avançado nos últimos anos, ainda não apresentam um consenso por parte dos pesquisadores, permitindo-se margem para discussão e aprofundamento. Além disso, segundo Moscon (2013), cada contexto de trabalho apresenta características específicas que irão impactar na forma como se desenvolve esses construtos, trazendo importantes contribuições para uma análise mais aprofundada dos significados desses fenômenos para os sujeitos envolvidos na presente pesquisa.

Frente ao exposto acredita-se que podem ser inseridas as instituições de saúde, e mais especificamente as organizações hospitalares. Conforme destacam Borba e Kliemann Neto (2008), os hospitais se apresentam como um setor rico em experiências e práticas de gestão, entretanto, poucos ainda são os estudos desenvolvidos por pesquisadores que analisam essas abordagens. De acordo com Zoboli (2002), dentre as organizações empresariais essas são as empresas que assumem maior complexidade, devido a ampla articulação necessária a gama de recursos, elementos e dispositivos que devem ser alinhados de modo coordenado as ações de ensino, assistência e pesquisa.

Para Teixeira et al. (2006), um modo de entender o hospital é vê-lo como uma organização de características próprias, que o diferenciam de outras instituições. Portanto, compreender a atividade hospitalar como um negócio, não esquecendo a sua função social, exige uma gestão empresarial ética e desafiadora. Assim, para os autores, o real motivo pelo qual um hospital existe são as pessoas, que prestam assistência e que usufruem da mesma, logo devem ser o foco da gestão.

No entendimento de Pillon (2011), um dos desafios impostos aos hospitais se refere aos processos gerenciais, existindo a necessidade de alinhá-los aos cuidados em saúde, de modo que esse tenha eficiência e qualidade. Destaca-se, para tanto, o papel do enfermeiro

enquanto responsável pela gerência dos serviços e do cuidado em saúde, tornando-se elemento-chave no ambiente em que atua (LIMA, 2013).

Conforme ressaltam Lourenço e Trevizan (2001) e Rodrigues e Lima (2004), o enfermeiro destaca-se na área da saúde pela multiplicidade de atividades que desenvolve, as quais incluem atividades administrativas e assistenciais, ambas consideradas essenciais para um atendimento de qualidade ao paciente. Para os autores, a gestão em enfermagem abrange esse conjunto de atividades gerenciais e assistenciais que são caracterizada pelo exercício da liderança, sendo essa uma ferramenta imprescindível no processo de trabalho do enfermeiro.

No que se refere às práticas de gestão e liderança, Moscon (2013) enfatiza que o papel do líder imediato enquanto condutor dessa relação é fundamental para o estabelecimento de vínculos com o trabalho. Na área de Enfermagem a liderança vem sendo objeto de pesquisas sob diferentes perspectivas, com o propósito principal de incorporá-la como aliada ao seu processo de trabalho (MACHADO, 2013). Todavia, se esse campo apresenta poucos estudos relacionados à prática administrativa e gerencial, menos ainda são os voltados a compreender os vínculos dos trabalhadores desses ambientes com suas organizações. Logo, a realização de uma análise de tais construtos e a relação entre ambos, em instituições hospitalares, parece ser apropriada, pois permite o aprofundamento teórico dos construtos nesses ambientes organizacionais.

Diante disso, considerando-se que:

- os construtos de Comprometimento, Enrincheiramento e Consentimento Organizacional, bem como o de Liderança, necessitam de uma melhor definição e delimitação teórica dos conceitos que os circundam;
- as organizações hospitalares, enquanto ambiente rico em experiências e práticas de gestão, e a área de Enfermagem, destacando-se sua importância nessas instituições, carecem de estudos, principalmente no âmbito do comportamento organizacional;
- o líder imediato pode ser um importante elo para a geração de vínculos dos trabalhadores com organização;
- e, os Estilos de liderança desses líderes podem impactar no estabelecimento dos vínculos dos trabalhadores com a organização;

Formulou-se o seguinte problema de pesquisa:

**Existe relação entre os vínculos dos trabalhadores com a organização e os Estilos de liderança dos gestores na equipe de Enfermagem de Hospitais Públicos e Privados no Rio Grande do Sul?**

Para tanto, definiu-se como objetivo geral *analisar a relação entre os vínculos dos trabalhadores com a organização e os estilos de liderança dos gestores na equipe de Enfermagem de Hospitais Públicos e Privados no Rio Grande do Sul (RS)*.

E, como objetivos específicos:

- Descrever o perfil sócio demográfico dos colaboradores da equipe de Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) dos Hospitais Públicos e Privados pesquisados;
- Identificar os níveis de Comprometimento, Entrincheiramento e Consentimento Organizacional dos colaboradores da equipe de Enfermagem e comparar a forma como estes se desenvolvem nas instituições pesquisadas;
- Verificar a percepção dos colaboradores da equipe de Enfermagem quanto ao estilo de gestão de seu superior imediato e comparar a forma como estes se desenvolvem nas instituições pesquisadas;
- Analisar a forma como os “Vínculos com a Organização” se relacionam com os “Estilos de Liderança” dos gestores no contexto pesquisado.

A partir da suposição básica dessa pesquisa de que *existe relação entre o vínculo que o trabalhador desenvolve com a organização e o estilo de liderança dos gestores (H0)*, e com base na revisão de literatura que será apresentada posteriormente, definiram-se as seguintes hipóteses para o estudo:

**H1:** O vínculo de Comprometimento Organizacional se relaciona somente com o Estilo de Liderança Transformacional.

**H2:** O vínculo de Entrincheiramento Organizacional se relaciona somente com a Ausência de liderança.

**H3:** O vínculo de Consentimento Organizacional se relaciona somente com o Estilo de Liderança Transacional.

Com o intuito de facilitar o entendimento destas hipóteses apresenta-se, na Figura 2, o esquema que guiou o desenvolvimento do estudo.

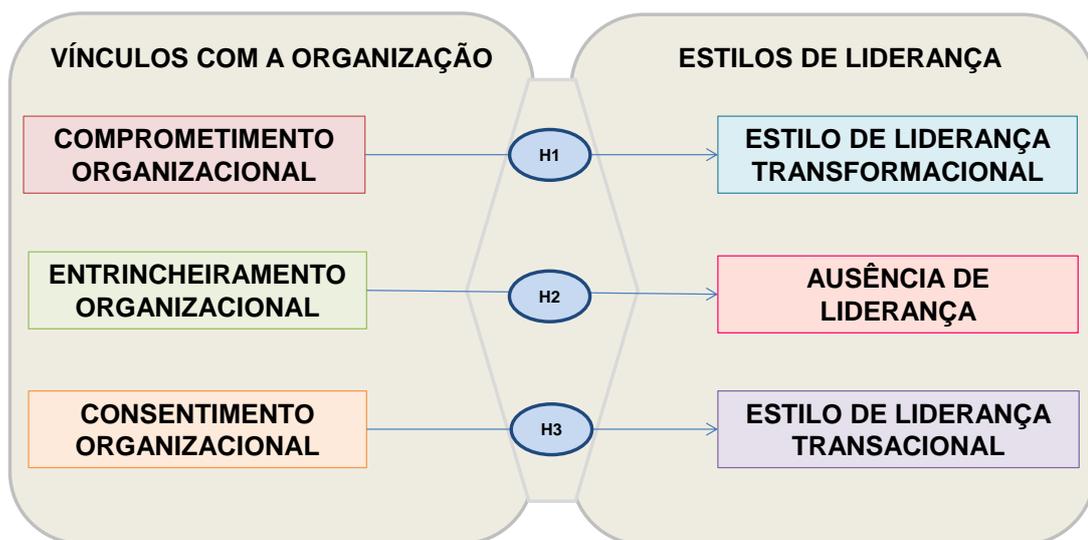


Figura 2 - Esquema de hipóteses do estudo

Fonte: elaborado pela autora

Corroborando com o exposto por Santos e Moscon (2014), ainda que estudos considerem o líder como sendo mais focado na motivação e criação de uma visão compartilhada para a equipe, e o gestor como sendo mais focado no planejamento, organização e controle de atividades, no presente estudo, assim como no das autoras, liderança e gestão foram tratadas como sinônimos, bem como os termos “gestor”, “líder” e

“superior imediato”. Para tanto, cabe ressaltar que os “Estilos de liderança” dos gestores foram avaliados de acordo com a percepção dos colaboradores da equipe de Enfermagem dos hospitais pesquisados, com base na gestão de seu superior imediato.

Dessa forma, foi medido da seguinte maneira: técnicos e auxiliares de enfermagem ponderaram o estilo de gestão do enfermeiro responsável pela unidade, que assume papel de líder frente aos seus subordinados e este, por sua vez, avaliou o estilo de gestão do seu superior imediato.

Para facilitar a compreensão, na Figura 3, apresenta-se um organograma de hierarquia para o setor, que foi respeitado para medição dos estilos de liderança dos gestores.

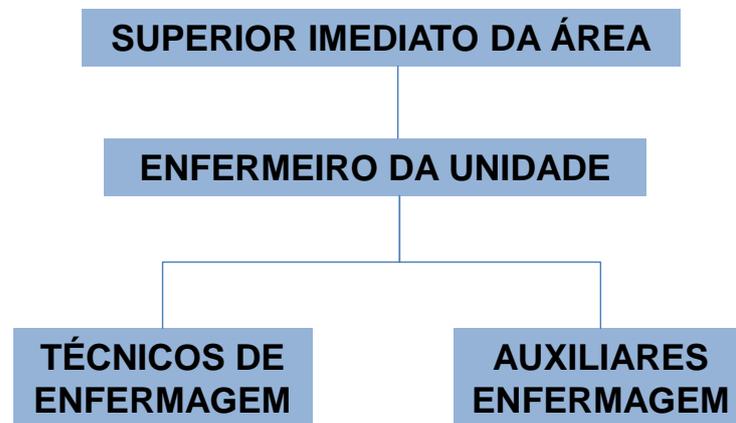


Figura 3 – Organograma de avaliação dos Estilos de Liderança dos gestores da equipe de Enfermagem

Fonte: elaborado pela autora

Inicialmente, é importante salientar que este estudo justifica-se após a constatação de que apesar da quantidade de pesquisas sobre o Comprometimento Organizacional e, mais recentemente, sobre os construtos de Entrincheiramento e Consentimento, de acordo com Bastos et. al. (2008d), estes ainda não apresentam um consenso conceitual e de mensuração entre os pesquisadores da área de comportamento nas organizações, mostrando-se como desafios para análises futuras. Corroborando o exposto, Moscon (2013) destaca que embora todo potencial explicativo a despeito do volume de pesquisas que tem sido produzido na área, ainda há muito a avançar no entendimento dos vínculos no trabalho, e em especial, o Comprometimento Organizacional.

Além desses construtos, as variáveis organizacionais e as práticas de gestão das pessoas no ambiente de trabalho também têm sido foco de investigação da área, inserindo-se o tema de Liderança e, mais especificamente neste trabalho, os estilos de liderança dos gestores.

Em relação às instituições hospitalares, o que se percebe no Brasil, de acordo com La Forgia e Coutollec (2009), é que existe uma grande diversidade em termos de padrões de qualidade, variando entre centros com excelência reconhecida a nível mundial e outros que estão abaixo das exigências mínimas que se demanda a prestação de um atendimento apropriado. Segundo os autores, diferentemente da realidade observada em outros países, o conjunto de hospitais brasileiros é muito diversificado quanto a sua estrutura de gerenciamento, financiamentos e natureza, tanto pública como privada.

No entendimento de Vendemiatti et al. (2010), a profissionalização dos processos de gestão hospitalar também convive nesse contexto, pois a medida que não abandona a missão da saúde e o compromisso da preservação da vida, tem que lidar com os mais diversos processos de gerenciamento. Para tanto, destacam-se, nesse estudo, as atividades de gestão e liderança de um corpo de especialistas específico e de importância considerável dentro dessas instituições, que são os enfermeiros.

Para Furukawa e Cunha (2011), o profissional enfermeiro na qualidade de gestor atua como peça chave no gerenciamento dos serviços em saúde, em especial, no âmbito hospitalar. Esses enfermeiros enquanto líderes são responsáveis pela condução dos serviços de enfermagem, função que solicita destes um preparo coerente às exigências do mercado atual de trabalho (CUNHA e NETO, 2006). Nesse sentido, acredita-se que as organizações hospitalares e a área de Enfermagem também carecem de pesquisas que enfoquem o âmbito do comportamento organizacional.

Da mesma forma como o estudo do Comprometimento ainda encontra-se em fase de delimitação teórica, segundo Moscon (2013), é notório que, no que se refere ao conceito de Liderança, embora este já tenha sido abordado por uma gama de pesquisas, não existe concordância entre os pesquisadores e ainda há muito espaço para se avançar, principalmente na verificação da relação desta com vínculos organizacionais, o qual o presente estudo se propôs.

Pelo exposto, salienta-se este estudo também se justifica do ponto de vista teórico, para contribuir com o avanço de pesquisas na área quanto à definição dos construtos de Comprometimento, Entrincheiramento e Consentimento Organizacional e a relação desses vínculos dos trabalhadores com os Estilos de liderança apresentados pelos gestores do setor de

Enfermagem, em organizações hospitalares públicas e privadas do Rio Grande do Sul. E, do ponto de vista prático, como forma de auxiliar as organizações participantes da pesquisa, fornecendo subsídios que sirvam como fonte de informações para a definição de práticas organizacionais mais coerentes com o contexto ao qual estão inseridas, contribuindo para adequação dessas instituições às necessidades do mercado.

Ressalta-se que foi considerado relevante para a presente investigação os delineamentos teóricos e conceituais dos temas propostos para pesquisa, a partir das publicações, principalmente, de Bastos et al. (2008a, 2008b, 2008c, 2008d, 2011, 2013), Rodrigues (2009), Silva (2009), Rodrigues e Bastos (2012), Moscon (2013), Santos e Moscon (2014) e Pinho e Bastos (2014). Para tanto, o desenvolvimento da presente dissertação está estruturada em quatro capítulos, além desta parte introdutória (**Introdução**) - no qual se apresentou os construtos pesquisados, a justificativa, o problema e seus objetivos - das considerações finais e das referências, que são apresentadas ao final do estudo.

Nos capítulos 1 e 2 discorre-se acerca dos marcos teóricos dos temas enfocados no presente estudo, apresentando-se o referencial a partir do qual o trabalho foi estruturado.

O capítulo 1, **Vínculos dos trabalhadores com a Organização e os Estilos de Liderança dos gestores**, aborda a conceituação dos construtos de Comprometimento, Entrincheiramento e Consentimento Organizacional, discutindo sobre a proposta de refinamento do conceito de Comprometimento Organizacional e os problemas conceituais que cercam o modelo tridimensional. Além disso, aborda-se o construto de Liderança, enfocando a evolução das pesquisas sobre o tema, bem como seus estudos mais contemporâneos, destacando-se a abordagem de estilos e as teorias Transacional e Transformacional e sua relação com os vínculos organizacionais. Ressalta-se que este capítulo tem como propósito proporcionar um entendimento acerca dos construtos que foram utilizados nesta pesquisa, bem como seus modos de mensurá-los.

O capítulo 2, **Organizações hospitalares, equipe de Enfermagem e a Liderança neste contexto**, discute sobre o ambiente hospitalar, ressaltando-se os assuntos relacionados à temática da Liderança na Enfermagem. No capítulo 3, **Procedimentos metodológicos da pesquisa**, é descrito o método empregado, no qual são destacados o objeto e os sujeitos do estudo, os aspectos éticos que foram seguidos para realização desta pesquisa, a definição e a operacionalização das variáveis, a forma de coleta de dados e seus procedimentos, os instrumentos aplicados e como foi realizada a análise dos dados.

No capítulo 4, **Apresentação e análise dos resultados**, são discutidos os principais achados dessa pesquisa, com base na teoria que sustenta este trabalho e nas evidências

encontradas. Por fim, são apresentadas as **Considerações finais**, que trazem os desfechos dessa dissertação, sintetizando seus principais resultados e contribuições, bem como suas limitações e implicações para estudos futuros, e as **Referências** utilizadas ao longo da pesquisa.

Assim, após estas considerações mais introdutórias, passa-se, no próximo capítulo, ao referencial que serviu como fundamentação teórica para o desenvolvimento do estudo, iniciando-se com a apresentação dos construtos relacionados aos Vínculos com a Organização – Comprometimento, Enrincheiramento e Consentimento Organizacional – e os Estilos de Liderança.

## CAPÍTULO 1

### VÍNCULOS DOS TRABALHADORES COM A ORGANIZAÇÃO E OS ESTILOS DE LIDERANÇA DOS GESTORES

De acordo com Pinho e Bastos (2014), as questões relacionadas ao vínculo do indivíduo com a organização são influenciadas por inúmeros fatores ambientais, tais como as transições presente no mundo do trabalho contemporâneo, os arranjos e arquiteturas organizacionais, os modelos de gestão e diversos outros, além das discussões que impulsionam debates sobre diferentes temas na área do comportamento organizacional.

Diante disso, este primeiro capítulo do estudo apresenta alguns conceitos que circundam os construtos dos Vínculos com a Organização e a temática da liderança. Para tanto, inicialmente aborda-se o conceito de Comprometimento e, a partir das mudanças que este vem sofrendo, a origem de dois novos conceitos correlatos, Enrincheiramento e Consentimento. Após, aborda-se sobre a Liderança, com destaque para os estilos de gestão dos superiores imediatos, bem como sua relação com os vínculos organizacionais.

#### **1.1 Comprometimento Organizacional: de uma perspectiva unidimensional a uma abordagem tridimensional**

O estudo sobre Comprometimento Organizacional não é algo recente, seu desenvolvimento teórico data de aproximadamente 50 anos, tendo as pesquisas no Brasil se acelerado nos últimos vinte, a partir dos estudos de Bastos (1993, 1994), tornando-se um dos construtos mais intensamente investigados na área do comportamento organizacional.

Segundo Pinho e Bastos (2014), diversas formas de Comprometimento têm sido analisadas, considerando-se diferentes focos e bases ou abordagens teóricas, na tentativa de melhor explicar e compreender o desenvolvimento desse tipo de vínculo. De acordo com Meyer e Allen (1997), as investigações em relação a esse construto têm promovido a sua evolução conceitual, mas, ao mesmo tempo, têm provocado muita controvérsia sobre sua natureza. Além disso, conforme destaca Rodrigues (2009), ainda não existe entre os teóricos

da área um consenso em relação à origem do seu estudo e, apesar desse vínculo possuir muitos significados, conceituá-lo continua sendo uma difícil tarefa, mesmo após décadas de investigação.

No entendimento de Silva (2009), a compreensão do termo “Comprometimento Organizacional” deve ser iniciada com o aprofundamento do significado do termo “Comprometimento” em si, para posteriormente relacioná-lo com a organização. Nesse contexto, insere-se a ideia evidenciada por Bastos (1994) em seu estudo. De acordo com o autor, na esfera científica, Comprometimento passou a significar uma adesão, uma força interna que vincula o envolvimento do indivíduo com vários aspectos no ambiente de trabalho, promovendo união entre as partes, estabilidade ao comportamento e direcionando as ações dos mesmos.

Porém, a falta de consenso em relação ao seu significado fica evidente desde os primeiros trabalhos apresentados, especialmente aqueles com enfoque unidimensional, como os clássicos de Becker (1960), Mowday, Steers e Porter (1979, 1982) e Wiener (1982) - estes autores foram os pioneiros a inserir o Comprometimento no meio acadêmico, a partir de pesquisas sobre o vínculo.

Becker (1960) focalizando a lealdade direcionada aos colaboradores estudou mecanismos com os quais o Comprometimento podia ocorrer enquanto um curso de ação, a partir da teoria de *side bets* ou trocas laterais. Para Rodrigues (2009), este trabalho marca uma análise mais formal do conceito desse vínculo e que, ao ser aplicado ao contexto organizacional, passou a ser abordado como o resultado da busca e manutenção de ganhos financeiros, conforto/comodidade no trabalho e posição privilegiada na organização.

Mowday, Steers e Porter (1979), após os primeiros estudos sobre a temática, reuniram suas diferentes definições e desenvolveram um modelo com o propósito de abranger todas as teorias já apresentadas. Esses autores consolidaram a primeira medida de Comprometimento Organizacional que teve impacto nas pesquisas sobre o assunto, o *Organizational Commitment Questionnaire* (OCQ) e, a partir dessa revisão definiram-no como uma intensa relação entre o indivíduo e a organização, caracterizada pelo esforço exercido em benefício desta, pela aceitação dos seus valores e objetivos e pelo desejo de manter-se como membro da mesma. Nesse conceito, de acordo com Bastos et al. (2008a), o Comprometimento é tratado como uma atitude, no qual a noção de identificação com os valores assume o papel central e ao qual somam-se as intenções comportamentais de permanência e esforço em prol da organização.

Já Wiener (1982, p. 421) evidenciou o Comprometimento como uma “totalidade de pressões Normativas internalizadas para agir em prol dos objetivos e metas organizacionais”. Segundo o autor, nesse tipo de vínculo o indivíduo está predisposto a ser guiado em suas ações, agindo dessa forma não porque considera que seus atos tragam algum benefício para si próprio, mas porque acha correto ou moral fazê-lo.

Entretanto, a perspectiva unidimensional do Comprometimento apresentada por estes autores passou a ser alvo de alguns questionamentos teóricos, e deram origem a novas perspectivas, que fundamentaram o aparecimento dos modelos multidimensionais do construto. Segundo Silva (2009), já na década de oitenta Morrow (1983) chamava a atenção para a existência de múltiplos Comprometimentos.

Muitos trabalhos científicos têm gerado uma grande diversidade de rótulos e uma pulverização quanto às possíveis dimensões que integram o construto. A despeito de algumas variações, a pesquisa de Comprometimento sempre apresenta uma polaridade quanto a ser um vínculo mais afetivo, fruto de processos de identificação e internalização, ou se é um vínculo associado à permanência na organização e aos processos de troca. Ou, ainda, se seria um laço de permanência, decorrente de um dever moral em continuar na organização, de uma forte adesão às normas da empresa. (SILVA, 2009, p. 12).

A pesquisa sobre o Comprometimento Organizacional avançou, e passou a abordar este fenômeno como multidimensional, por meio das dimensões que integram o vínculo entre os indivíduos e organizações. Dentre estes modelos, o proposto por Meyer e Allen (1991) foi o que teve maior destaque e passou a representar a síntese dominante nesse campo, sendo, segundo Pinho e Bastos (2014), praticamente hegemônico nas investigações científicas sobre o tema a partir da década de noventa.

De acordo com Rodrigues (2009), Meyer e Allen buscaram sintetizar os estudos existentes sobre o Comprometimento Organizacional e reuniram em um mesmo modelo os três principais enfoques da agenda de pesquisa sobre o tema, que deram origem ao *modelo tridimensional do Comprometimento Organizacional*. Conforme a autora, inicialmente estes observaram as diferenças entre a teoria apresentada por Becker (1960) - que abordava a ideia de ‘continuar’ em determinado curso de ação - e a visão de Mowday, Steers e Porter (1979, 1982) - com a noção de ‘afeto’ para com a organização - e desenvolveram duas novas formas de Comprometimento, denominadas de “Comprometimento de continuação” (mais tarde traduzido por Bastos (1993) como “Comprometimento Instrumental”) e “Comprometimento Afetivo”, respectivamente. Posteriormente, os autores incluíram uma terceira forma de Comprometimento, com base nos estudo de Wiener (1982) - o qual sugeriu que o indivíduo

pode permanecer na organização por ser ‘sentir obrigado’ - que chamaram de “Comprometimento Normativo”.

Estudos mais recentes sobre esse construto, como o de Klein, Molly e Cooper (2009) defendem que o “vínculo psicológico” é a expressão que melhor define o conceito de Comprometimento. Entretanto, embora não exista uma definição única para conceituar o vínculo organizacional, os diferentes conceitos apresentam como ponto em comum a visão apresentada por Meyer e Allen (1991), que o trata como um estado psicológico que caracteriza a relação do indivíduo com a organização, podendo advir das três bases apresentadas anteriormente: *Afetiva*, *Instrumental* e *Normativa*. De acordo com esses autores, as três dimensões do Comprometimento não são estados psicológicos que se excluem entre si, pois os trabalhadores podem vivenciar todos os componentes em graus variados, estas podendo agir isoladamente ou de forma combinada, conforme apresentado na Figura 4.

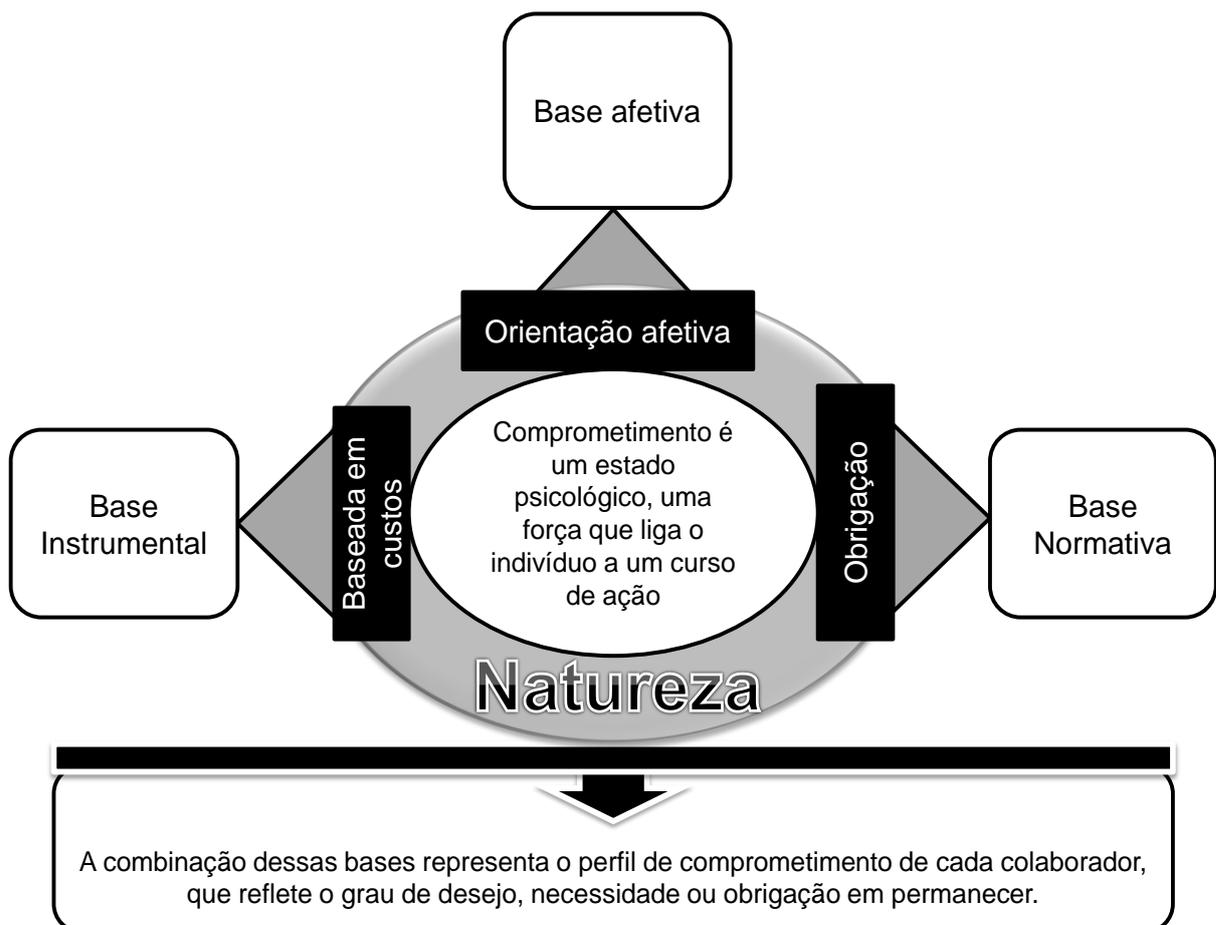


Figura 4 - Modelo tridimensional de Meyer e Allen (1991)

Fonte: adaptado de Bastos et al. (2013)

Corroborando a ideia apresentada pelos autores, Siqueira e Gomide Jr. (2004) afirmam que os colaboradores poderiam apresentar estados psicológicos de Comprometimento Organizacional diversificados, combinando de formas diferentes níveis dos três componentes, por exemplo, uma forte necessidade (base Instrumental) e uma forte obrigação (base Normativa), mas um baixo desejo (base Afetiva) de permanecer na organização.

Caracterizando melhor cada um dos componentes do Comprometimento, Meyer e Allen (1991) esclarecem que a *dimensão Afetiva* é abordada na literatura como sendo desenvolvida a partir de experiências positivas de trabalho. Ela se refere ao vínculo emocional, a identificação e ao envolvimento do colaborador com a organização. Segundo Pinho e Bastos (2014, p. 17), “a noção de identificação envolve forte crença e aceitação dos valores da organização, além do desejo de permanecer nela”. Para Siqueira e Gomide Jr. (2004, p. 316):

quando o indivíduo internaliza os valores da organização, identifica-se com seus objetivos, se envolve com os papéis de trabalho, desempenhando-os de forma a facilitar a consecução dos objetivos do sistema, e deseja permanecer trabalhando para ela, considera-se que foi desenvolvida uma ligação psicológica, de natureza Afetiva, com a organização.

Além disso, Mowday, Porter e Steers (1982) ressaltam que o Comprometimento é definido como Afetivo quando ele representa algo além da simples lealdade passiva a uma organização – ele envolve uma relação ativa, no qual o trabalhador deseja dar algo de si para contribuir com o bem-estar organizacional.

A *dimensão Instrumental*, segundo Moscon (2013), se refere ao conhecimento e julgamento das implicações pelo rompimento das relações com a organização e aos custos, principalmente econômicos, associados com a perda e faltas de alternativa. Conforme destaca Pinho (2009), pesquisas retratam que o desenvolvimento desse vínculo tem focalizado, principalmente os custos econômicos envolvidos na descontinuidade do curso de ação. Além disso, segundo Silva (2009), essa dimensão do Comprometimento Organizacional parece se aproximar de comportamentos de acomodação em relação à organização, revelando certa passividade do trabalhador associada às relações sociais.

Já conforme Meyer e Allen (1984), a *dimensão Normativa* reflete o sentimento de obrigação em continuar empregado, ou ainda a crença do empregado acerca da dívida social para com a organização e a obrigatoriedade de retribuir um favor para a mesma. De acordo com Wiener (1982), empregados comprometidos (normativamente) fazem sacrifícios pessoais

perante a organização por acreditarem ser um comportamento que é certo e moral, contrário à motivação instrumental, no qual o comportamento é guiado pela avaliação pessoal de custos e benefícios.

Silva (2009, p. 19) destaca que as pressões normativas exercidas pela força dos valores e normas da organização, inerentes à cultura organizacional, influenciam fortemente na conduta dos indivíduos inseridos nesses contextos. A autora enfatiza que:

essa perspectiva conduz à ideia de que, quanto mais forte é o Comprometimento Normativo, maior é a predisposição do trabalhador em ter seu comportamento direcionado por normas internalizadas, acreditando que isso deve ser a coisa certa e moral a ser feita, sem necessariamente considerar as consequências de suas ações.

Nesse tipo de relação o indivíduo se conforma com o que é imposto pela organização, assumindo uma postura passiva, e não questionando nada que esta estabeleça. Diante disso, acaba atingindo um patamar definido como “lealdade Cega”, pois acredita que este é o seu dever e obrigação para com a mesma, como uma forma de retribuir o que a organização tenha lhe proporcionado de alguma maneira.

Logo, a partir do exposto, é possível perceber que as dimensões Instrumental e Normativa envolvem conteúdos que se opõem a dimensão Afetiva, pois, ao passo que os trabalhadores que estabelecem um forte vínculo de continuação e normativo permanecem na organização porque *precisam* dela, ou porque consideram correto e sentem-se *moralmente obrigados*, aqueles comprometidos afetivamente com a mesma permanecem porque *desejam* (MEYER, ALLEN e GELLATLY, 1990). Moscon (2013) apoia o destacado nesta afirmação, ressaltando que é mais provável supor que alguém venha a exercer esforço extra quando se sente emocionalmente ligado a algo (base Afetiva) do que quando permanece apenas em razão de sentir-se obrigado (base Normativa) ou por considerar necessário (base Instrumental).

É importante salientar que o modelo desenvolvido por Meyer e Allen (1991) é considerado um importante marco teórico no estudo acerca dos vínculos do trabalhador com a organização, e a partir do qual muitas outras pesquisas se desenvolveram, gerando uma verdadeira linha de estudo acerca dos seus componentes. A escala, proposta e validada pelos autores, passou a ser utilizada em muitas pesquisas, em diferentes contextos culturais, incentivando a discussão sobre o número e a definição dos componentes do modelo.

O modelo tridimensional do Comprometimento Organizacional de Meyer e Allen (1991) foi validado no Brasil, primeiramente, por Medeiros e Enders (1998) e Medeiros et al.

(1999). Ambos os estudos apresentaram índices moderados de consistência interna para as três dimensões e baixo percentual de variação total, indicando a existência de indicadores pouco adequados dentro do instrumento para a realidade medida. Entretanto, posteriormente, Bastos et al. (2008a) validaram uma nova escala, que foi aprimorada por Bastos e outros autores em 2011. Essa escala, mais confiável e com propriedade psicométricas satisfatórias, indicaram um aprimoramento da medida do construto e um bom nível de consistência interna. Destaca-se, para tanto, que este foi o instrumento utilizado na presente pesquisa para medir o vínculo de Comprometimento Organizacional dos trabalhadores com a organização.

Contudo, o modelo tridimensional de Meyer e Allen (1991), apesar de ainda ser o mais difundido e aceito para explicar o Comprometimento entre os pesquisadores, não representa um consenso na área. De acordo com Bastos et al. (2011), este modelo passou a ser alvo de questionamentos pois envolve problemas conceituais e empíricos que apontam para a ambiguidade e imprecisão do construto. Siqueira e cols. (2008) ressaltam que a pesquisa sobre o modelo tridimensional enfrenta um problema de confiabilidade dos instrumentos, como também de validade para o construto.

Estudos de Cooper-Hakim e Viswesvaran (2005), por exemplo, destacaram a existência de uma forte sobreposição entre as bases Afetiva e Normativa. Esses mesmos resultados já haviam sido evidenciados na pesquisa de Rocha e Bastos (1999), levantando o questionamento sobre a pertinência de tratá-las como dois fatores distintos. Em oposto a isso, estudos realizados com a base Instrumental e Afetiva, como o realizado por Costa (2007) mostraram resultados tão divergentes em relação a essas dimensões, sugerindo-se que estes possam ser tratados como dois construtos distintos. Solinger, Van Olffen e Roe (2008) corroborando com as ideias expostas, ressaltam que a base Afetiva tende a correlacionar-se de forma positiva com vários comportamentos desejáveis dentro da organização, sendo mais adequada ao vínculo, ao passo que as bases Instrumental e Normativa sejam consideradas antecedentes de atitudes frente a um comportamento, não sendo definidas como Comprometimento. Todas essas discussões, segundo Pinho e Bastos (2014), promoveram o levantamento de questões quanto ao predomínio da condição de generalização do modelo, bem como tornam o construto um tema ainda em construção.

Diante do exposto, Solinger, Van Olffen e Roe (2008) defendem que o conceito de Comprometimento seja restringido a sua vertente mais ativa, ou seja, a base Afetiva, ao sentimento de orgulho por pertencer, o envolvimento com objetivos e valores e o empenho em favor de algo, fazendo com que as duas outras vertentes fossem relacionadas a novos construtos. Dessa forma, conforme propõem os autores, seria retomada a hipótese da

unidimensionalidade classicamente defendida por Mowday, Steers e Porter (1979). Logo, os problemas relacionados a este modelo motivaram o desenvolvimento de estudos visando uma melhor delimitação do Comprometimento Organizacional, e deram origem a dois novos conceitos, Enrincheiramento Organizacional e Consentimento Organizacional, que são abordados a seguir.

## **1.2 Do Enrincheiramento na carreira ao Enrincheiramento Organizacional: origem e conceituação do construto**

O Enrincheiramento começou a ser tratado mais frequentemente na literatura a partir do estabelecimento do vínculo entre os profissionais e sua carreira, por meio de pesquisas realizadas por Carson e Bedeian (1994) e Carson, Carson e Bedeian (1995). Esses autores utilizaram a mesma base teórica aplicada ao Comprometimento Instrumental para fundamentar o construto, com início nas ideias apresentadas nos trabalhos de Becker (1960).

Para Rodrigues (2009, p. 61) “esse conceito é constituído com base, principalmente, na noção de investimentos e persistência em curso de ação (no caso, permanecer na carreira), aspectos abordados por Becker (1960) em sua teoria sobre os *side bets*”. Rowe (2008) corrobora com o afirmado pela autora, destacando que a partir da teoria das trocas laterais (*side bets*) passa-se a considerar a base teórica do Comprometimento de continuação (Instrumental) como sendo pertencente à caracterização do vínculo de Enrincheiramento estabelecido entre o indivíduo e sua carreira, pois este está associado principalmente às ideias de investimentos.

Carson e Bedeian (1994) definem o construto de Enrincheiramento com a Carreira como sendo uma opção do indivíduo em continuar na mesma linha de ação profissional por falta de alternativas, pela sensação de perda dos investimentos já realizados ou pela percepção de um preço emocional muito alto a ser pago em prol da mudança. Para Pinho e Bastos (2014, p. 102)

A percepção de que a carreira poderá oportunizar a realização de seus objetivos individuais incentiva a continuidade dos investimentos, enquanto que o inverso faz com que o empregado avalie se tudo o que já foi feito pode ser sacrificado por uma nova carreira, ou se a perda desses investimentos poderia gerar conflitos psicológicos e insegurança por não vislumbrar outras alternativas de trabalho, aspectos agravados pelo passar do tempo. Nesse último caso, para Carson et al. (1995), o indivíduo pode estar enrincheirado.

Em relação ao desenvolvimento teórico acerca do construto de “Entrincamento”, Carson e Carson (1997) destacam as consequências do ‘estar entrincado’ na carreira, podendo ser um aspecto positivo ou negativo.

Indivíduos entrincados podem contribuir para uma maior estabilidade da força de trabalho e redução da rotatividade, contudo, se estiverem insatisfeitos, poderão apresentar baixos níveis de motivação, negligência e falta de interesse em desenvolver novas habilidades/conhecimentos (PINHO e BASTOS, 2014, p. 103).

Diante disso, o construto tem sido analisado a partir de duas perspectivas – tridimensional e bidimensional. Carson et al. (1995) defendem a proposta de três dimensões para o construto, sendo estas: investimentos na carreira, custos emocionais e Limitação de Alternativas. Contudo, apesar desse modelo tridimensional ter sido desenvolvido, outros estudos foram realizados por Blau (2001a, 2001b) e sugeriram que o Entrincamento fosse representado por um modelo bidimensional, mesclando-se as dimensões “Custos emocionais” e “Investimentos na carreira”, e dando origem a uma nova dimensão chamada “Custos acumulados” ou “Sacrifícios pessoais”.

Diante disso, Rodrigues (2009, p. 65) evidencia que a dimensionalidade do construto mantém-se em aberto, suscitando pesquisas que solucionem essa questão:

Após a revisão das principais pesquisas envolvendo o Comprometimento de continuação e Entrincamento na carreira, cabem algumas pontuações: ambos os construtos possuem base teórica semelhante – Becker (1960) –, apresentam subdimensões também semelhantes (sacrifícios pessoais/custos acumulados e Limitação de Alternativas); ambos representam uma atitude do indivíduo frente a um comportamento (no caso, permanecer na organização), configurando um vínculo material e uma permanência por necessidade; [...] Tais aspectos permitem questionar se esses construtos não estariam se referindo a um mesmo fenômeno psicossocial. Seria possível afirmar que o Comprometimento de continuação é o mesmo que Entrincamento?

Esse questionamento sobre a possibilidade dos construtos serem integrados partiu de Blau (2001a), que realizou um estudo buscando a sobreposição destes. Já Scheible et al. (2007) questionam se, ao invés de integrar os construtos não seria mais adequado reconstruir o conceito de Comprometimento. Os estudos de Bastos (2008b), Rodrigues (2009) e Rodrigues e Bastos (2012) procuraram dar continuidade a essas questões, porém trazendo o foco de análise para a organização. Esses autores foram os primeiros no Brasil a transportar o conceito de Entrincamento na carreira para o âmbito organizacional, denominando-o Entrincamento Organizacional, e validar uma escala para medir esse construto.

Rodrigues (2009) define o Entrincheiramento Organizacional como sendo a tendência do indivíduo em permanecer na organização devido a possíveis perdas de investimentos e custos associados à sua saída e a percepção de poucas alternativas percebidas no mercado de trabalho. De acordo com a autora, o termo Entrincheiramento surgiu a partir da palavra “trincheira”, vocábulo difundido após a primeira guerra mundial e que passou a ser associado a estratégias de guerra e proteção. Os soldados ficavam entrincheirados durante o combate, com forma de aumentar sua proteção e reduzir os danos de um possível ataque.

O Entrincheiramento com foco na organização apareceu no livro publicado por Mowday, Porter e Steers (1982) anos antes da proposição do construto com foco na carreira por Carson, Carson e Bedeian (1995). Rodrigues (2009) explica que o título de Entrincheiramento, embora não tenha sido explicitado pelos autores em seu trabalho é atribuído por esses autores a terceira e última fase de desenvolvimento do Comprometimento. Nesse caso, o Entrincheiramento é definido como a *continuação* do Comprometimento, remetendo ao Comprometimento *de continuação*, uma vez que ambos se referem à permanência do trabalhador na organização. Segundo Pinho e Bastos (2014), Mowday, Porter e Steers (1982) atribuem o tempo de trabalho na organização como um dos preditores desse vínculo indicando que, com o passar do tempo, o indivíduo tenderia a aumentar o seu nível de Comprometimento, cuja continuidade seria denominada Entrincheiramento.

No entendimento de Rodrigues (2009) a transposição desse conceito para o meio organizacional gera a interpretação de que o indivíduo entrincheirado busca na organização proteção, segurança, garantias de estabilidade, manutenção de seu *status quo* e evitação a outros tipos de perdas relacionadas à sua saída; logo, o vínculo pode ser associado à uma necessidade, uma continuidade no emprego por acreditar que é preciso, e não um desejo. De acordo Pinho e Bastos (2014, p. 107) a autora evidencia que

Se o indivíduo não percebe grandes custos associados a sua saída, ele não está entrincheirado. Ele pode, ainda, acreditar que há custos, mas perceber outras oportunidades de trabalho que sejam compensatórias. Contudo, se o indivíduo entende que perderá os esforços de ajustamentos e os retornos materiais obtidos, e não percebe alternativas de emprego, ele estará provavelmente entrincheirado.

Bastos et al. (2008b) e Rodrigues (2009) propuseram três dimensões para medir o construto, conforme o Quadro 1: *Ajustamentos à Posição Social e Arranjos Burocráticos Impessoais* - propostas na teoria de *side bets* (BECKER, 1960) e *Limitação de Alternativas*.

ENTRINCHEIRAMENTO ORGANIZACIONAL	
DIMENSÃO	CONCEITO
<b>Ajustamentos à Posição Social</b>	Investimentos do indivíduo e da organização nas condições necessárias para o bom desempenho de determinada atividade, e adaptação do comportamento do trabalhador à Posição em que se encontra. Em comparação ao Entrincheiramento na carreira, essa dimensão reúne os sentidos expressos pelos fatores “investimentos na carreira” e “custos emocionais”, ou mesmo pelo fator “custos acumulados”, conforme sugerido por Blau (2001a, 2001b).
<b>Arranjos Burocráticos Impessoais</b>	Estabilidade e ganhos financeiros que seriam perdidos caso deixasse aquela organização. Embora essa dimensão não esteja presente na definição do Entrincheiramento na carreira, defende-se que as recompensas extrínsecas ou retornos materiais obtidos da organização, fatores que o indivíduo não arriscaria perder, contribuem para maiores sentimentos de estabilidade e proteção, que estão subjacentes ao vínculo de Entrincheiramento.
<b>Limitação de Alternativas</b>	Indivíduo não percebe outras oportunidades de emprego, sentindo-se preso a organização. Essa dimensão também constitui o Comprometimento de continuação (Instrumental) e tem sido alvo de argumentos de que deveria ser tratado como antecedente, e não como parte do Comprometimento. No caso do Entrincheiramento entende-se que a percepção de pouca ou nenhuma alternativa seja um fator decisivo para que o indivíduo sintá-se preso à organização. Essa noção não está presente na teoria dos <i>side bets</i> de Becker (1960), mas atravessa todas as dimensões do Entrincheiramento Organizacional.

Quadro 1 - Dimensões do Entrincheiramento Organizacional

Fonte: adaptado de Rodrigues (2009) e Rodrigues e Bastos (2012)

Tomando-se por base os conceitos do Quadro 1, autores como Rodrigues (2009), Balsan (2011), Moscon (2013) e Pinho e Bastos (2014) acrescentam que a primeira dimensão, *Ajustamentos à Posição Social*, ocorre em razão da necessidade de o indivíduo preservar as adequações que foram realizadas para adaptação à realidade organizacional que se encontra, tais como treinamentos, tempo para conhecer os processos organizacionais e as atribuições da função, redes de relacionamentos, entre outros aspectos que contribuiriam para o seu ajuste e reconhecimento na organização, e que seriam perdidos caso a deixasse.

Já na dimensão *Arranjos Burocráticos Impessoais* estes mesmos autores ressaltam que esta ocorre quando o profissional teme perder a estabilidade obtida, os ganhos financeiros e os benefícios adquiridos caso aconteça a saída da organização, como por exemplo férias e feriados pagos, participação nos lucros, remuneração variável, benefícios de assistência médica, aposentadoria, entre outros. Por fim, a terceira e última dimensão, *Limitação de Alternativas*, o indivíduo não percebe outras oportunidades de emprego, seja por perceber restrições de mercado, seja por entender que seu perfil profissional não seria aceito por outras organizações, devido a idade, conhecimento, ou outros fatores que poderiam reduzir a empregabilidade percebida.

Diante da abordagem teórica explorada, e para um melhor entendimento do desenvolvimento do construto e suas dimensões, na Figura 5 visualiza-se o modelo esquemático do Entrincheiramento na organização, desenvolvido por Rodrigues (2009).

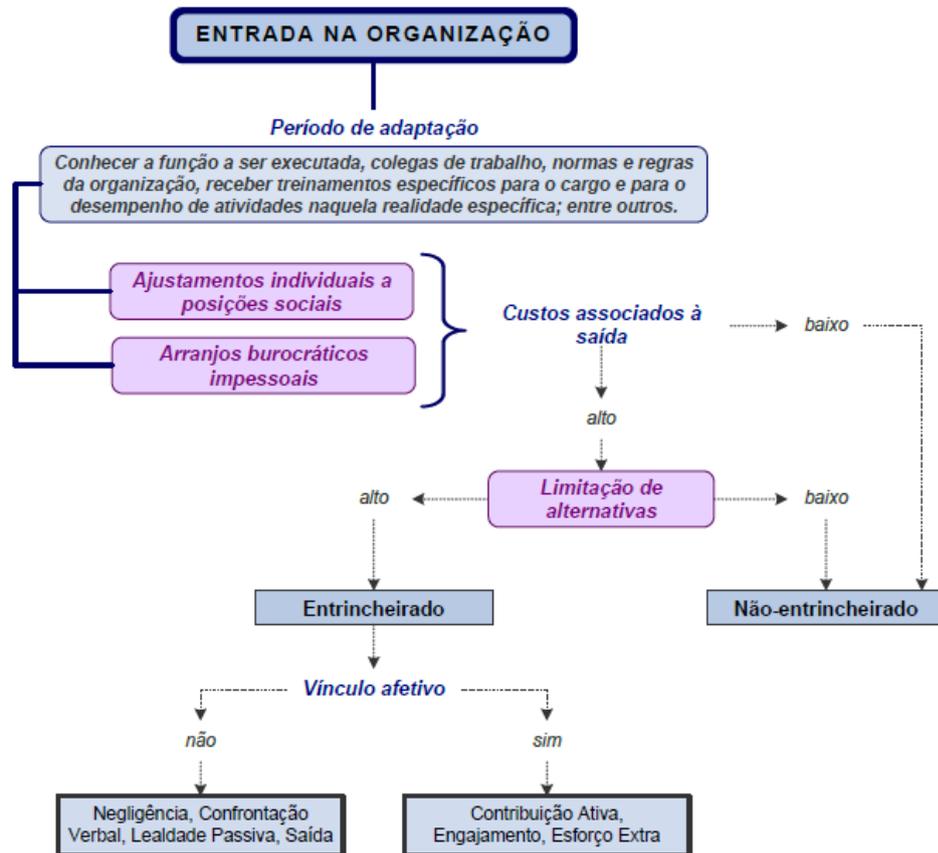


Figura 5 - Modelo de Entrincheiramento na organização

Fonte: Rodrigues (2009, p. 76)

Rodrigues (2009) explica que no Entrincheiramento, tanto com foco na carreira como na organização, é a essência do vínculo desenvolvido pelo indivíduo que o mantém preso, como em uma trincheira, uma vez que este não consegue visualizar uma alternativa que o sustente frente a suas necessidades e expectativas. Dessa forma, não é possível falar de uma permanência espontânea do trabalhador, mas sim de uma continuidade em decorrência da sua necessidade.

### 1.3 Consentimento Organizacional: contribuições da Sociologia e da Psicologia Social para a definição do construto

O termo *Consentimento*, de acordo com Ferreira (1999 apud Pinho, 2009) significa dar aprovação a algo ou alguém, dar permissão, admitir, tolerar. Associado a este termo cita-se a *obediência*, trazendo para a discussão a conceituação de “*submissão* à vontade de alguém, sujeição e dependência” e o *conformismo* e a *aceitação Íntima*. Nesse sentido, Pinho (2009) descreve o fenômeno como uma disposição para aceitar um estado de dependência e subserviência, sendo o subordinado aquele que depende e ocupa um lugar inferior, portanto está sob as ordens de outro. Analisando-se essas descrições, percebe-se que o construto está associado a uma postura passiva do indivíduo, e no qual decisões são dependentes da influência da autoridade.

Segundo Bastos (2009), para criar as bases conceituais do Consentimento buscou-se o apoio de três vertentes da literatura: Comprometimento Organizacional, Sociologia do trabalho e Psicologia Social. Este autor, ao estudar as diferentes vertentes de pesquisa sobre os Vínculos com a Organização identificou uma linha específica de estudo no campo da Sociologia, oferecendo uma perspectiva teórica distinta para o vínculo, conceituando-o como Consentimento e não Comprometimento.

A literatura sociológica analisa o vínculo enfatizando as relações de controle, dominação e autoridade, que induzem o trabalhador a obedecer ou cumprir o papel de subordinado dele esperado. O termo “submissão”, presente nos estudos de Weber sobre autoridade, situa-se nessa perspectiva. Para ele, as relações entre empregado (subordinados) e empregador (aquele que exerce o controle) são desenvolvidas nesse contexto, no qual o indivíduo já tem internalizado um papel de submissão à chefia, cabendo a este apenas o cumprimento de deveres e obrigações (SILVA, 2009; PINHO e BASTOS, 2014).

De acordo com Silva (2009), Burawoy, sociólogo ligado à corrente marxista, foi um dos primeiros teóricos a explorar o conceito de Consentimento relacionado aos vínculos entre os indivíduos e as organizações. Entretanto, foi Halaby, em 1986, que desenhou um modelo mais difundido entre os pesquisadores da época.

O modelo teórico desenvolvido pelo autor ressalta que esses não são vínculos psicológicos e que não há um caráter Afetivo nessas relações, esclarecendo que se trata da força da relação de autoridade percebida pelo trabalhador como uma autoridade legítima, que cumpre o seu papel de comando assim como o trabalhador cumpre o seu dever (SILVA, 2009, p. 35).

Dessa forma, ao se considerar a essência do enfoque sociológico percebe-se que seu conceito está enraizado nas relações de autoridade, no qual o trabalhador desenvolve uma postura passiva, submissa e obediente ao seu superior, cabendo a este apenas o cumprimento de deveres e obrigações. Silva (2009) ressalta que a natureza do vínculo na vertente sociológica, apesar de não reconhecer qualquer relação com as perspectiva psicológica, encontra pontos de aproximação com algumas noções presentes nos estudos sobre Comprometimento Organizacional, mais especificamente a dimensão Normativa.

Sendo assim, de acordo com essa autora, tais aproximações conceituais fortalecem a proximidade entre o conceito de Consentimento e o de Comprometimento Normativo, sendo pertinente questionar se esse vínculo deve ser considerado como Comprometimento ou se pode ser configurado como uma ligação distinta, ao qual está se denominando Consentimento Organizacional, incorporando-se os elementos do modelo sociológico proposto por Halaby (1986).

No que tange à Psicologia Social, o vínculo de Consentimento foi definido, na década de 70, pelos psicólogos Kiesler e Kiesler (1973). Segundo Silva (2009), a revisão de literatura aponta conceitos importantes em relação ao tema, contudo, o maior destaque se direciona para o “conformismo”, associado os construtos de *obediência* e *Aceitação Íntima*.

Kiesler e Kiesler (1973) explicam que o conformismo é definido como uma mudança no comportamento em direção a um grupo, como resultado de uma pressão sofrida pelo indivíduo. Esses autores evidenciam que a obediência envolve ações explícitas independente das convicções Íntimas do indivíduo e se produz quando o mesmo modifica o seu comportamento a fim de submeter-se as ordens diretas da autoridade, independe de suas crenças e convicções como indivíduo. Logo, a pessoa se comporta de uma determinada maneira, mas não necessariamente acredita ou concorda com o que está fazendo. Já a Aceitação Íntima indica a mudança de atitude e internalização das crenças do grupo. Nesse segundo caso, existe uma mudança de opinião e de comportamento com base no que o indivíduo realmente acredita. Ou seja, o indivíduo se comporta de acordo com as ideias dos demais membros do grupo, mas porque mudou verdadeiramente a sua forma de pensar. Além disso, é auxiliada pela necessidade de ser apreciado pelo outro, de gostar do outro, devido à empatia ou a necessidade de continuar a relação (PINHO e BASTOS, 2014). Assim, os comportamentos do indivíduo refletem o que este realmente acredita, não o fazendo simplesmente porque está pressionado ou obrigado.

Em situações nas quais ocorre o processo de aceitação Íntima, observa-se que o indivíduo possuía uma opinião e, a partir do que o grupo apresenta, das interações que estabelece com os membros do grupo, o indivíduo muda a sua opinião passando a acreditar nessa nova configuração, de uma forma autêntica (SILVA, 2009, p. 43).

No entendimento de Silva (2009), esses conceitos (conformismo, Aceitação Íntima e obediência) são classicamente inseridos em estudos sobre processos grupais, sem direcionamento para relação indivíduo organização. No entanto, a autora ressalta que a transposição desses conceitos para o campo organizacional ocorre sem dificuldades, pois a organização pode ser concebida por um grupo social e/ou pressupõe a existência de grupos sociais que compõem uma grande matriz de relações sociais. Pinho (2009) evidencia que as dificuldades sobre as muitas concepções do conformismo resultam em uma diversidade de definições em relação ao seu processo, bem como da equivalência com os termos de “influência social”.

Nesse contexto, Kelman (2006) complementa o exposto ao fazer uma distinção entre três processos de influência social: *complacência*, *identificação* e *internalização*. Conforme o autor, complacência acontece quando o indivíduo aceita a influência de outra pessoa (ou grupo) para atingir uma reação favorável, ganhar uma recompensa, evitar uma punição ou ganhar aprovação (ter reconhecimento) e evitar desaprovação do outro e não por partilhar crenças.

Já a identificação acontece quando o indivíduo aceita a influência de outra pessoa com o objetivo de estabelecer e/ou manter a satisfação própria na relação com o outro. Por fim, a internalização ocorre quando o indivíduo aceita a influência do outro, de modo a manter a congruência de ações e crenças com o seu sistema de valores pessoais. Ao aceitar a influência desse processo, o indivíduo se mantém fiel a seus valores, preservando-os. Sendo assim, Pinho (2009, p.69) destaca que o trabalho de Kelman de 2006:

fornece um modelo conceitual que se aplica adequadamente a análise das relações entre indivíduo e organizações. Os processos psicossociais, apontados pelo autor, indicam formas diferentes de vincular e manter as pessoas ao contexto organizacional, seja em função da aquiescência, da reciprocidade e aceitação das normas e regras organizacionais ou seja pela congruência entre valores individuais e organizacionais.

Logo, a revisão dos estudos da Psicologia Social fornecem importantes elementos para delimitar o conceito de Consentimento Organizacional, ao diferenciar os fatores de conformismo e influência social, destacando-se o papel das figuras de autoridade, atores

centrais na constituição de qualquer organização, e contribuindo para a compreensão do que conduz aos comportamentos obedientes. Para tanto, evidencia-se que o conceito de Consentimento Organizacional que norteia a presente pesquisa baseia-se na definição proposta nos estudos recentes de Bastos et al. (2008c) e Silva (2009).

O Consentimento é definido como a tendência do indivíduo em obedecer ao seu superior hierárquico da organização. Apresenta disposição para cumprir ordens, regras ou normas estabelecidas pela empresa à qual trabalha. O consentir pressupõe que o cumprimento das ordens ocorre devido à percepção que a chefia sabe melhor o que o trabalhador deve fazer, assim como pelas relações de poder e autoridade que se estabelecem entre gestor e subordinado. O consentir também pressupõe que haja concordância autêntica em decorrência dos processos de identificação entre os valores individuais e organizacionais. O Consentimento representa, então, um vínculo estabelecido pelo indivíduo com a organização, cujo cerne é a percepção em atender à demanda do superior hierárquico (SILVA, 2009, p. 79).

Silva (2009) elaborou o conceito do construto com base em uma revisão de literatura amparada na Psicologia Social e Sociologia. A partir disso, definiu que o construto e suas possíveis dimensões não poderiam se confundir com a noção de Comprometimento, conforme apresentado na Figura 6.

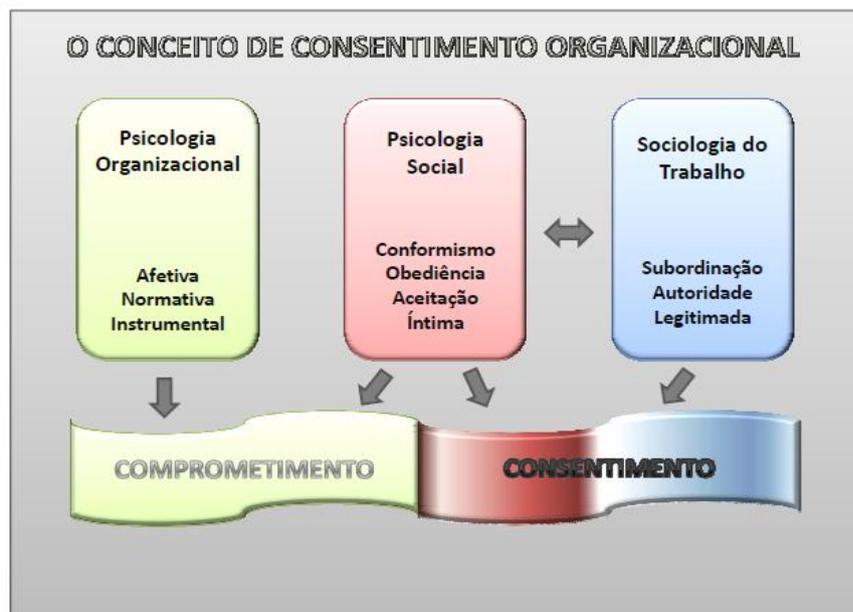


Figura 6 - Construção do conceito de Consentimento Organizacional

Fonte: Silva (2009, p. 80)

Complementando, Silva (2009) propôs o construto como sendo bidimensional, no qual fazem parte as dimensões de Obediência Cega e Aceitação Íntima, destacados no Quadro 2.

<b>CONSENTIMENTO ORGANIZACIONAL</b>	
<b>DIMENSÃO</b>	<b>CONCEITO</b>
Obediência Cega	Cumprimento automático da ordem, sem uma avaliação ou julgamento a seu respeito ou quando não compreende o seu significado, mas mesmo assim, a realiza. O indivíduo se comporta de acordo com as ordens estabelecidas por seu superior hierárquico e não se considera responsável por nenhuma consequência, principalmente negativa e que possa advir de suas ações.
Aceitação Íntima	Cumprimento de normas e regras estabelecidas em função de uma concordância autêntica com as mesmas. Há, portanto, similaridade entre as visões pessoal e organizacional que conduz a uma identificação do trabalhador com regras, procedimentos e valores que embasam as decisões dos gestores. Existe uma crença de que as normas e regras aplicadas constituem o melhor procedimento para a organização.

#### Quadro 2 - Dimensões do Consentimento Organizacional

Fonte: adaptado de Silva (2009)

Analisando as descrições do Quadro 2, Bastos (2009) destaca que o Consentimento costuma ser associado a uma postura passiva assumida por um indivíduo sem autonomia, onde decisões são dependentes da influência de uma autoridade. Logo, aqueles que obedecem ou consentem o fazem de forma “Cega”, “automática”, sem grandes questionamentos a respeito do que lhe é imposto, ou ainda em decorrência de Aceitação Íntima, baseada na crença dos valores e objetivos da organização.

De acordo com Moscon (2013), ao esforço de conceituação dos construtos de vínculos do trabalhador somam-se diversas vertentes de estudos que buscam uma melhor compreensão desses fenômenos nos contextos organizacionais, por meio do estabelecimento das relações entre seus fatores considerados antecedentes, consequentes e correlatos. Diante disso, segundo a autora, as variáveis, as práticas de gestão das pessoas no ambiente de trabalho e o papel do líder frente a esse contexto têm sido focos de investigação na área do comportamento organizacional. Sendo assim, no próximo item abordam-se os temas de liderança e os estilos de gestão, bem como a figura do líder enquanto importante representante da organização e, portanto, fundamental nos processos de estabelecimento de vínculos com o trabalho.

#### **1.4 Liderança, estilos de gestão e sua relação com os vínculos organizacionais**

Antes de se iniciar a apresentação do construto em si faz-se necessário esclarecer que, tendo em vista o contexto no qual as organizações contemporâneas estão inseridas, no presente estudo os termos ‘gestão’ e ‘liderança’ foram abordados como sinônimo, assim como no estudo de Moscon (2013). De acordo com a autora, apesar de esses termos possuírem definições distintas (o líder mais focado na criação de uma visão compartilhada e na motivação da sua equipe, e o gestor mais focado no planejamento, organização e controle das atividades), esses se assemelham em diversos aspectos, destacando-se a influência de pessoas sobre pessoas para o alcance de metas e resultados. Assim sendo, já que não faz parte da proposta desse estudo a análise das tarefas atribuídas a esses no exercício de suas atividades, os termos foram discutidos de modo integrativo.

Portanto, na presente pesquisa foram tratados como líderes os enfermeiros que são os gestores da equipe de Enfermagem das unidades dos hospitais pesquisados, não se pretendendo avaliar as possíveis lideranças informais surgidas no dia-a-dia desses ambientes laborais. Ressalta-se que a escolha pela utilização da liderança nesse ambiente corrobora com o exposto por Cunha (2002), que evidencia que um dos primeiros itens que o enfermeiro como coordenador de equipes precisa ter é dominar essa ferramenta gerencial.

Mas afinal, o que podemos definir como Liderança? Quando se inicia um estudo sobre essa temática percebe-se que muito se pesquisa sobre o assunto, porém, não existe um consenso quanto a sua definição, sendo difícil determinar com precisão o que é ‘ser líder’ e o que é ‘Liderança’. De acordo com Bento e Caseiro (2007, p. 3), na visão de Bass (1990, p.4) “existem quase tantas definições de liderança quanto pessoas a tentar defini-la”. Segundo os autores, foi Aristóteles um dos primeiros a tratar sobre o tema, quando afirmou que “a eficiência de um exército consiste em parte da ordem em parte do general; mas principalmente do último, porque ele não depende da ordem, ao passo que a ordem depende dele”.

Apesar de o termo possuir uma diversidade de conceitos, para Northouse (2004) quatro componentes podem ser identificados como fundamentais na compreensão do fenômeno: trata-se de um processo; que envolve uma influência; que ocorre em um contexto grupal; e, para o alcance de determinadas metas. O fato de se constituir em um processo, segundo Moscon (2013), implica em entender que não é uma característica que reside no líder e sim que afeta e é afetado pela relação que se estabelece com a equipe.

Em conformidade com essa ideia, Spector (2006) afirma que o pensamento comum que faz parte de várias definições diz que liderança envolve influenciar as atitudes, crenças, comportamentos e sentimentos de outras pessoas. Macêdo et al. (2007) também corrobora com o exposto e sugere que a liderança é o processo de educar, orientar, estimular e influenciar as pessoas e os grupos na busca de melhores resultados num ambiente de desafios, riscos e incertezas, por meio do estabelecimento e atingimento de metas. Assim, no entendimento de Calaça e Vizeu (2015), nos estudos chamados pelos autores de gerencialistas - aqueles com orientação acadêmico-científica que visam aprimorar a prática de gestão das organizações - a liderança está fortemente vinculada à eficiência produtiva, tendo como pressuposto fundamental a capacidade de líderes e seus subordinados de atingirem os resultados organizacionais.

Partindo das explicações acima descritas, conforme Macêdo et al. (2007, p. 110) é possível identificar o líder como aquela pessoa que “no exercício de qualquer função de comando permanente ou temporária, formalmente designada ou não, é capaz de influenciar a equipe e, sendo por ela legitimado, representá-la e conduzi-la numa determinada situação”. Além disso, para os autores, é importante destacar ainda que a Liderança requer, inevitavelmente, o uso do poder para influenciar os pensamentos e ações dos outros e que ele, em conjunto com a autoridade e a responsabilidade, são fatores intrinsecamente relacionados que se fazem presentes no exercício da liderança.

Segundo Barreto et. al (2013), os trabalhos iniciais sobre o tema buscavam identificar as características, os traços e o comportamento do líder. A partir do final da década de 90, o foco dos estudos passou a abordar a liderança como um processo de influenciar os indivíduos dentro de uma cultura organizacional e a relação interativa entre líder e seguidor, no qual predominaram as abordagens contingencial/situacional. Nesse sentido, Salvador (2010) ressalta que uma parte considerável de conceitos e fontes de informações sobre liderança abordam a presença de dois elementos fundamentais: o fator humano e o conjunto de influências interpessoais realizadas em situações variadas. Assim, no entendimento de Gomes, Cardoso e Carvalho (2000), enquanto que a liderança pode ser vista como um fenômeno de influência interpessoal, o líder pode ser percebido como aquele que decide o que deve ser feito, fazendo com que as pessoas executem essa decisão.

De acordo com Moscon (2013), os estudos direcionados às características dos líderes surgiram com a intenção de identificar qualidades que os diferenciavam de outras pessoas. Esse primeiro momento do estudo sobre liderança é chamado de *Era da Personalidade*, e foi

subdivido em Período do Grande Homem e Período dos Traços (VAN SETERS e FIELD, 1990).

Nessa era os pesquisadores dedicavam-se a estudar as grandes personalidades da humanidade que consideravam líderes e os traços gerais que os caracterizavam, com o intuito de “copiar” suas características, afirmando que isso os tornaria um líder também. Contudo, de acordo com Sobral e Peci (2008), devido ao fato dessa teoria se basear no argumento de que o indivíduo já nascia com as características que o diferenciavam dos demais, essa abordagem acreditava que os líderes não poderiam ser “formados” ou “treinados”, uma vez que a pessoa já deveria nascer com os atributos que a tornariam um líder.

Segundo os autores, mais de cem pesquisas sobre essa teoria foram realizadas entre os anos de 1904 e 1948, porém não foram encontradas evidências que distinguissem claramente os indivíduos líderes dos não-líderes. Assim sendo, conforme evidencia Moscon (2013), esse grupo de teorias dominou nos estudos da área até o ano de 1948, quando Stogdill apresentou suas pesquisas, e depois Mann, em 1959, complementou-as, enfatizando as lacunas dessa abordagem.

No entendimento de Avolio et al. (2003), embora as características pessoais influenciem na emergência do líder em um determinado grupo, é o seu comportamento, ou seu estilo de liderar, que será determinante nos seus resultados e na sua eficácia. Corroborando com o exposto, Robbins (2009) complementa ressaltando que as últimas descobertas mostraram que embora os traços de personalidade possam auxiliar na identificação da liderança, estes traços servem mais para prever o surgimento da mesma, do que como um indicativo da eficácia do líder, pois mesmo que um indivíduo apresente determinadas características e seja reconhecido pelos outros como líder, isso não significa que terá sucesso em liderar.

Diante disso, estudos desenvolvidos na Universidade de Ohio e de Michigan deram origem a uma nova era, chamada *Era do Comportamento*, que dominou na literatura até em torno da década de 80. De acordo com Marquis e Huston (1999), a partir desta época a pesquisa sobre o tema afastou-se do estudo das características do líder para dar maior ênfase ao estilo de liderança deste.

Segundo Sobral e Peci (2008), essa teoria não tinha mais o foco em *quem* eram os líderes, mas sim no que eles *faziam*, tentando descobrir características comportamentais eficazes. Para Robbins (2009), essa abordagem era mais estimulante visto que os líderes já não eram mais vistos como natos (que nasciam ou não líderes), sendo assim, seria possível aumentar o número de líderes a partir de capacitação e treinamento.

Entretanto, conforme ressalta Moscon (2013, p. 30-31), “embora a Era do Comportamento tenha representado um avanço, especialmente no que se refere à aplicabilidade, ainda se mostrava pouco abrangente na sua capacidade de reconhecer a importância de fatores que vão além do líder e do liderado”.

No entendimento de Robbins et al. (2010), apesar das teorias dos traços e comportamentais terem colaborado para identificação de líderes eficazes, essas não garantem que o mesmo tenha sucesso, pois não consideram o contexto e a situação onde a liderança será exercida. Assim, em meados da década de 1960, estudos de Fred Fiedler deram início a *Era Contingencial* que, no entendimento de Van Seters e Field (1990), foi a que representou o maior avanço nas teorias de liderança.

Essa era foi marcada por quatro subteorias, que até hoje influenciam pesquisas da área, sendo que sua grande contribuição foi a aceitação de que cada líder possui características que interagem entre si, não existindo um “tipo puro”. Nesta teoria, a eficácia da liderança é dependente de fatores de comportamento, personalidade, possibilidade de influência e da situação (VAN SETERS e FIELD, 1990).

Apesar das teorias da Era Contingencial terem tido forte apoio empírico, encontraram, ao menos tempo, forte resistência, principalmente no meio acadêmico, demonstrando suas fragilidades (MOSCON, 2013). Logo, mesmo com o avanço nas pesquisas, os estudos realizados não foram capazes de fazer com que o construto se tornasse um fenômeno melhor compreendido.

Nesse cenário, desenvolveu-se e disseminou-se uma abordagem que se propôs a reconciliar algumas controvérsias apresentadas pelos estudos anteriores, a partir de *novas teorias de liderança*. Entre essas novas teorias destacam-se, nesse estudo, *as teorias da Liderança Transacional e Transformacional*, que surgiram pela primeira vez nas pesquisas de Burns (1978 apud VIZEU, 2011), com a proposta de integrar as diversas abordagens, os aspectos comportamentais e os traços de personalidade. Essa proposta realizada pelo autor, além de ter sido a pioneira, foi considerada a de maior influência sobre os pesquisadores dessa abordagem, pois foi a partir desse contexto que outras importantes proposições se desenvolveram, com destaque para as de Bernard Bass (VIZEU, 2011).

De acordo com Marquis e Huston (1999), Burns sustentou que há dois tipos de líderes: o tradicional, preocupado com as operações do dia-a-dia, chamado de Transacional, e o comprometido, visionário e capaz de distribuir responsabilidades com esta visão, chamado de Transformacional. Porém, segundo Calaça e Vizeu (2015), apesar de ter sido Burns o precursor da distinção entre líderes transacionais e transformacionais, foi Bass que

popularizou seu estudo na literatura gerencialista, de tal forma que esse modelo é reconhecido pelos pesquisadores de liderança em organizações como uma das mais importantes abordagens da “nova liderança” que surgiu em contraponto à perspectiva contingencial.

Conforme evidencia Vizeu (2011), a pesquisa de Bass foi importante, pois operacionalizou o estudo de Burns para o mundo organizacional, por meio da criação de ferramentas de mensuração para este construto. De acordo com Muniz Filho (2013), este construto desenvolvido por Bass (1999) é composto por oito dimensões de comportamento de liderança, que cobrem as variáveis da Liderança Transformacional, Transacional, além da “vacância da liderança”, conhecida como *laissez-faire*.

A *Liderança Transacional*, segundo Bass (1999), refere-se às trocas estabelecidas no relacionamento entre líder e liderado, cuja finalidade é satisfazer os interesses de ambos. Para Gomes e Cruz (2007), o líder Transacional baseia sua ação na legitimidade e autoridade formais, enfatizando regras e normas estabelecidas pelos superiores e focando a atenção para o cumprimento das tarefas previamente definidas.

Sobral e Peci (2008) ainda ressaltam que esse líder guia seus subordinados em direção aos objetivos pretendidos e distribui recompensas para aqueles que conseguem alcançá-las. Vizeu (2011, p. 58) explica que “nesse sentido, não há no modelo Transacional uma preocupação com a coletividade ou com princípios moralmente determinados, por isso, diz-se ser um modelo que enfatiza o auto interesse (seja dos seguidores, seja do líder), em uma relação de troca orientada Instrumentalmente”. Esse estilo de liderança tem sido estudado a partir de dois componentes: *Recompensa contingente* e *Gerência pela exceção*, apresentados no Quadro 3.

LIDERANÇA TRANSACIONAL	
DIMENSÃO	CONCEITO
Recompensa contingente	Baseado no reforçamento constante por parte dos líderes do comportamento esperado dos liderados. O relacionamento entre ambos baseia-se na troca Transacional de recompensas e reconhecimento de realizações para os resultados desejados
Gerência pela exceção	Trata do relacionamento em que o <i>feedback</i> ao liderado se dá apenas quando ocorre um erro ou um problema. Comportamentos típicos desse estilo de liderança incluem o estabelecimento de normas, o monitoramento e busca de desvios, a aplicação da regra e o foco em erros.

Quadro 3 - Dimensões da Liderança Transacional

Fonte: adaptado de Moscon (2013)

Com base no que foi abordado no Quadro 3, verifica-se que a *Recompensa contingente* ocorre quando o líder reforça constantemente o comportamento que é esperado do liderado, apoiando-se na troca de recompensas e reconhecimento de realizações para os resultados desejados. Já a *Gerência pela exceção* tem por base o comportamento do líder que foca nos erros e problemas, contudo o *feedback* ao subordinado só se dá quando um desses ocorre. Nesse estilo de liderança, o papel do líder é monitorar de perto desvios e erros, para tomar medidas corretivas logo após suas ocorrências (MUNIZ FILHO, 2013).

Por sua vez, na *Liderança Transformacional*, segundo Burns (1978 apud VIZEU, 2011), os líderes inspiram moralmente seus seguidores, estimulando o desenvolvimento de necessidades de autorrealização e Comprometimento com valores e interesses coletivos. De acordo com Gomes e Cruz (2007, p. 152):

os processos de motivação são fundamentados num apelo a valores morais e ideais superiores que vão além dos interesses de cada um. Assim sendo, atribui-se ao líder uma capacidade para formular e articular uma determinada "visão" para a organização que é reconhecida por todos como merecedora de confiança e apoio.

Complementando essa ideia, Marques et al. (2007) destacam que a Liderança Transformacional trata-se da influência do líder em conseguir que o liderado sobreponha seus interesses em favor da organização, gerando um desempenho acima do esperado, e fazendo com que enxerguem a si mesmos e as oportunidades de seu ambiente de trabalho de uma nova maneira. Além disso, Muniz Filho (2013) evidencia que os líderes transformacionais são proativos e inovadores, não se contentando em alcançar um desempenho “dentro das expectativas”. Essa teoria pode ser mensurada em quatro componentes: *Carisma ou influência idealizada*, *Motivação inspiracional*, *Estimulação intelectual* e *Consideração individualizada*, apresentadas no Quadro 4.

LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL	
DIMENSÃO	CONCEITO
Carisma ou influência idealizada	Baseada em modelo que desperte admiração, respeito e confiança. De acordo com essa dimensão, o líder é capaz de exercer influência emocional e ganhar o respeito de seus seguidores, agindo como modelo, por meio de um comportamento exemplar.
Motivação inspiracional	Uso de símbolos ou apelos emocionais – subordinados tem de exercer esforço para o alcance dos resultados organizacionais. Líder com altos índices nessa dimensão costuma ser visto como alguém obstinado, com energia e com grande confiança no alcance dos resultados cujos objetivos se direcionam a aumentar os níveis de otimismo e entusiasmo da equipe.
Estimulação intelectual	Estímulo à inovação e ao questionamento às formas habituais de realizar o trabalho. O líder incentiva os empregados a olhar para seu trabalho de maneiras diferentes e pensar "fora da caixa", proporcionando a oportunidade para a autonomia da tarefa, variedade e desafio adicional.
Consideração individualizada	Atenção e suporte oferecido de forma individualizada – reconhecimento de que os desejos e necessidades são específicas e merecem tratamento particular. Esse comportamento do líder permite uma maior flexibilidade na sua relação com seus seguidores, atribuindo, inclusive tarefas com base nas suas necessidades específicas e tem como efeito a criação de uma atmosfera afetuosa e amigável no local de trabalho.

#### Quadro 4 - Dimensões da Liderança Transformacional

Fonte: adaptado de Moscon (2013)

Com base no exposto no Quadro 4, verifica-se que a primeira dimensão, *Carisma ou influência idealizada*, trata de um tipo de liderança cujo o modelo desperta admiração, respeito e confiança do subordinado pelo líder, que passam a enxergá-lo como um exemplo a ser seguido. Para conquistar sua equipe, esses líderes levam em consideração as necessidades dos seus subordinados, muitas vezes em detrimento as suas próprias necessidades.

A segunda dimensão, *Motivação inspiracional*, define o líder preocupado em fornecer aos seus seguidores um senso de propósito para realização de objetivos da organização, sendo uma forma de motivação que inspire os liderados. Líderes que se encaixam nessa dimensão exibem entusiasmo e otimismo, procurando despertar o espírito de equipe e convencer seus seguidores a acreditar e compartilhar de uma visão de futuro.

A terceira dimensão, *Estimulação intelectual*, é aquela no qual o líder estimula a equipe a ser inovadora e questionar as formas de realizar o trabalho, criando um ambiente onde a originalidade é um valor importante, e existe muita abertura para novas ideias. Líderes que se encaixam nessa dimensão não expõem seus liderados a críticas em público por erros individuais. Por fim, a quarta e última dimensão, *Consideração individualizada*, é representada por líderes que se centram na compreensão das necessidades de cada seguidor e trabalham para levá-los a desenvolver seu pleno potencial.

Corroborando o apresentado, a Figura 7 apresenta-se um esquema dos construtos Transacional e Transformacional e suas dimensões, proposto por Bass e Avolio (2004 apud Rosinha, 2009).

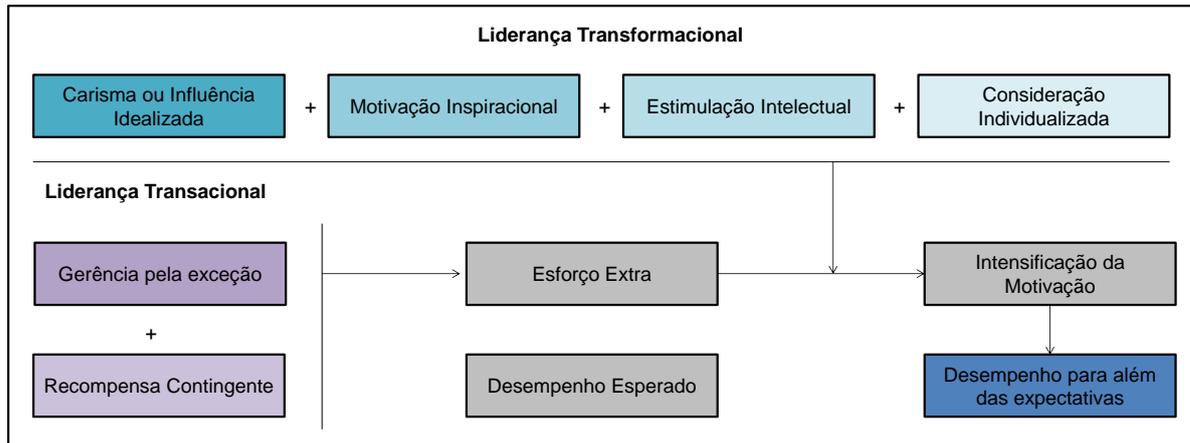


Figura 7 - Esquema Liderança Transacional e Transformacional

Fonte: Rosinha (2009, p. 66)

Diante do exposto na Figura 7, percebe-se que as duas lideranças, Transacional e Transformacional, aparecem relacionadas com o objetivo final de se chegar ao melhor desempenho do líder. Conforme ressaltam Marquis e Huston (1999), embora o líder Transformacional seja considerado o “ideal”, autores como Bass, Avolio e Goodhein (1987) advertem que estes devem ser acompanhados de qualidades de líderes transacionais. Para esses autores o líder Transformacional irá fracassar sem as habilidades tradicionais presente nos transacionais. Logo, ambos os grupos de características precisam estar presentes no mesmo indivíduo, gerando-se, a partir disso, um desempenho para além das expectativas.

Para tanto, no Quadro 5, apresenta-se a composição dos dois diferentes tipos de líderes, transacionais e transformacionais, elaborados por Marquis e Huston (1999).

LÍDER TRANSACIONAL	LÍDER TRANSFORMACIONAL
Concentra-se nas tarefas administrativas. É um guarda. Pesa os pontos positivos e negativos das alternativas para atingir os objetivos. Os valores comuns não são identificados. Examina as causas. Utiliza recompensas eventuais.	Identifica valores comuns. É comprometido. Inspira os outros com sua visão. Tem visão de longo prazo. Olha para os efeitos. Delega poder.

#### Quadro 5 - Composição dos diferentes tipos de líderes

Fonte: Marquis e Huston (1999, p. 42)

A partir do conteúdo do Quadro 5, e do que foi ressaltado anteriormente, o líder *transacional* é aquele mais centrado nas tarefas administrativas e estabelecimento de normas e regras, com a finalidade de satisfazer os interesses tanto da organização quanto dos subordinados. A Liderança Transacional, conforme explica Robbins et al. (2010), conduz os seguidores na direção dos objetivos por meio do esclarecimento das funções e das exigências das tarefas, utilizando-se, para tanto, de recompensas como forma de incentivar o comportamento esperado. Já o líder *transformacional*, por sua vez, é aquele que motiva os seus seguidores para o alcance em conjunto dos objetivos organizacionais, inspirando e sendo um exemplo a ser seguido por estes, sendo capaz de provocar profundo impacto nos seus liderados.

Complementando o exposto, Rego e Cunha (2007) apud Araújo (2011) realizaram uma análise comparativa dos processos de influência da Liderança Transacional e Transformacional, descritos no Quadro 6.

(continua)

PROCESSOS	LIDERANÇA TRANSACIONAL	LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL
<b>Estratégias de influência</b>	Controle e manipulação das pessoas.	“Descentralização de poderes” das pessoas, induzindo a níveis de auto eficácia e autovalor.
<b>Objetivos do líder em termos comportamentais</b>	Ênfase no comportamento de obediência ao líder.	Ênfase na mudança de atitudes, crenças e valores dos colaboradores.
<b>Táticas de influência</b>	Recompensas, punições e ameaças.	O líder baseia-se nas suas competências e nas boas relações de lealdade entre ele e os liderados.
<b>Concepções sobre os membros organizacionais</b>	Os colaboradores são tratados como propiciadores de conhecimento e aptidões de que o líder necessita para alcançar os seus objetivos.	Os colaboradores são encarados como pessoas, que visam a realização das suas próprias atitudes e forças, o auto desenvolvimento e o desenvolvimento dos outros.
<b>Relação superior-subordinado</b>	Baseada no interesse mútuo.	Baseada na confiança e na justiça.

(conclusão)

PROCESSOS	LIDERANÇA TRANSACIONAL	LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL
<b>Mecanismo psicológico subjacente</b>	Troca social de recursos valorizados por ambas as partes (ex.: melhores salários em troca de maior produtividade).	Incremento da auto eficácia, da autonomia, autodeterminação, da autorrealização e do autovalor.
<b>Processo de influência</b>	Obediência Instrumental – o subordinado cumpre porque deseja obter recompensas ou evitar punições.	Identificação – pessoa imita comportamento do líder ou adota mesmas atitudes Internalização – colaborador adere porque interpreta a ordem de acordo com os seus valores.
<b>Efeitos possíveis</b>	As pessoas obedecem, mas não se empenham, não internalizam os valores do líder e da organização.	Liderados empenham-se, desenvolvem o seu potencial, incrementam os seus níveis de autonomia como pessoas.

Quadro 6 - Comparação entre os processos de influência da Liderança Transacional e Transformacional

Fonte: adaptado de Araújo (2011)

Além dessas dimensões relacionadas às teorias da Liderança Transacional e Transformacional, Bass e Avolio (1992) apud Northouse (2004) tratam ainda do que denominam *Ausência de liderança (Laissez-faire)*. Nesta dimensão, segundo os autores, não se observa a troca entre líderes e subordinados, ou seja, o líder ignora a sua responsabilidade, não assume os objetivos definidos e adia a tomada de decisões importantes, não dando suporte e nem desenvolvendo sua equipe. De acordo com Rosinha (2009), nesse tipo de “não-liderança” a pessoa evita tomar uma posição, tomar decisões e abdica da sua autoridade.

No entendimento de Peleias (2007), cada situação vivenciada na organização remete a um estilo de liderança, porém a distinção dentre os dois estilos consiste no fato de que líderes mais voltados ao estilo Transacional operam suas organizações no compasso da tradição histórica e em ambientes mais estáveis, resultando em melhorias cada vez maiores. Já os líderes transformacionais, segundo a autora, conduzem suas organizações para um futuro que pode resultar em processos e níveis de desempenho significativamente diferentes, fazendo emergir necessidades latentes. Portanto, cada líder tem seu estilo de liderança, sendo controversa a questão de determinar qual é o estilo mais adequado, pois tudo varia em função da situação vivida (PELEIAS, 2007).

Existe, ainda, nesse contexto, uma discussão acerca das dimensões Transformacional e Transacional serem tratadas como categorias distintas. De acordo com Araújo (2011), Bass enfatiza que os dois tipos de liderança são realmente processos distintos, entretanto podem ser complementares. No entendimento do autor, o líder recorre a ambas as abordagens em

diferentes situações, mas também as utiliza simultaneamente, de forma complementar, sendo as duas formas eficazes.

Moscon (2013) corrobora a ideia apresentada por Bass (1999) e destaca que os líderes apresentam várias dessas características ao mesmo tempo, uma vez que os "melhores" líderes são, ao mesmo tempo, transacionais e transformacionais. Sendo assim, segundo Marmaya et al. (2011), observa-se, que a teoria da Liderança Transacional e Transformacional é vista como uma abordagem híbrida, reunindo elementos das demais abordagens disponíveis, como a de traços, comportamental e situacional, simultaneamente.

Morhart et al. (2009) também abordam essa situação em seu estudo e sugerem que esses estilos coexistem com sucesso, sendo que, inclusive, um certo nível de Liderança Transacional pode aumentar a Liderança Transformacional, ou vice versa. Portanto, defende-se que as lideranças Transformacional e Transacional não estão em abordagens opostas, uma vez que contribuem uma com a outra, e não as substituem.

Moscon (2013) destaca que ao longo das duas últimas décadas o impacto do comportamento de Liderança Transacional e Transformacional sobre as atitudes e comportamentos dos colaboradores recebeu grande atenção de pesquisadores. Neste sentido, essa abordagem como prática de gestão tem se tornado dominante enquanto modelo, tanto nas organizações privadas quanto no setor público. Contudo, de acordo com a autora, apesar dessa aparente hegemonia da teoria, parece haver diferenças significativas relacionadas à própria natureza da organização estudada que devem ser consideradas.

Wright e Pandey (2010) destacam, por exemplo, que, o *mainstream* costuma considerar que a Liderança Transformacional ocorre de forma menos frequente ou menos efetiva em organizações públicas do que em privadas, em parte por conta do excesso de normas e da própria burocracia. Contrariamente às expectativas, no entanto, metanálises têm consistentemente encontrado que o comportamento de Liderança Transformacional é, no mínimo, tão comum e eficaz nas organizações públicas quanto nas privadas. (MOSCON, 2013, p. 42).

Para Moscon (2013), dentre todos os efeitos positivos da liderança nas organizações, muita atenção tem sido dada à sua capacidade de facilitar para os colaboradores o estabelecimento de Vínculos com a Organização empregadora, promovendo a adesão destes aos valores estabelecidos e incentivando-os a se engajar em atividades além das normalmente desenvolvidas. A autora realizou um estudo no qual analisou os artigos publicados nos principais periódicos científicos nacionais e internacionais da área de Administração e Psicologia, indexados no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível

Superior (CAPES), que tratassem da relação entre os vínculos dos trabalhadores com a organização e os Estilos de liderança.

Segundo a autora, apesar de a busca ter sido realizada pelo termo “Vínculos com a Organização”, todos os artigos identificados se referiram a “Comprometimento no trabalho”, uma vez que os vínculos de Entrincheiramento e Consentimento Organizacional ainda são tratados na literatura internacional como Comprometimento Instrumental e Normativo, respectivamente. Além disso, embora tenha sido realizada uma pesquisa nos periódicos nacionais nenhum artigo foi localizado no período analisado (janeiro de 2001 à dezembro de 2012).

A análise da produção indexada no portal CAPES mostrou que o interesse da pesquisa sobre os temas relacionados apresentaram oscilação entre os anos, tendo se intensificado em 2011 e 2012. Ao total foram encontrados 48 artigos tratando sobre os assuntos, com uma expressão significativa de pesquisadores asiáticos. Ainda, ressalta-se que destes artigos não foi identificado nenhum publicado no Brasil ou em países sul-americanos, indicando a necessidade de mais as pesquisas em relação a estes construtos no País.

A pesquisa nos principais periódicos nacionais das áreas de Administração e Psicologia foi refeita nesse estudo, com o intuito de verificar se novas publicações com a relação entre os temas “Vínculos com a Organização” e “Estilos de Liderança” foram realizadas no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2015. Os periódicos pesquisados foram Revista de Administração de Empresas (RAE), Revista de Administração Contemporânea (RAC), Revista de Administração da Universidade de São Paulo (RAUSP), Organizações e Sociedade (O&S) e Revista de Psicologia Organizacional e do Trabalho (rPOT). É importante explicar que não foi localizado nenhum artigo no período selecionado que tratasse da relação entre essas duas temáticas, corroborando com a pesquisa já realizada por Moscon (2013) e reforçando a necessidade de pesquisas sobre esses construtos no Brasil.

Com o objetivo de ampliar o escopo de pesquisa foi realizada uma busca mais ampla sobre esses tópicos em todos os trabalhos publicados nos eventos da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração (ANPAD). Da mesma forma como os achados anteriormente, nenhum estudo relacionando “Vínculos com a Organização” e “Estilos de Liderança” foi encontrado. Partiu-se, então, para uma busca que abordasse os construtos que compõe cada tópico. Sendo assim, pesquisaram-se trabalhos que abordassem relação entre “Comprometimento Organizacional”, “Entrincheiramento Organizacional”, “Consentimento Organizacional”, “Estilos de Liderança”, “Liderança Transacional” e/ou “Liderança Transformacional”. Dessa pesquisa foram localizados apenas dois trabalhos

completos – um tratando da relação entre Comprometimento Organizacional e Estilos de Liderança, de Marques et. al (2007) e outro que aborda a relação entre Comprometimento Organizacional e Liderança Transformacional, de Maciel e Nascimento (2013). Destaca-se que dessa busca não foram encontrados trabalhos que abordassem os construtos Consentimento Organizacional, Entrincheiramento Organizacional e Liderança Transacional, mostrando, mais uma vez, a necessidade de publicações referente ao estudo da relação entre estes assuntos.

Na pesquisa realizada por Moscon (2013), evidenciou-se que em todos os artigos analisados as relações entre liderança e Comprometimento se mostraram sempre positivas, em maior ou menor grau, mostrando que provavelmente a liderança influencie positivamente o Comprometimento. No estudo da autora também foi encontrado esse resultado, indicando um alto grau de correlação entre o Comprometimento Organizacional e a Liderança Transformacional.

Em relação aos outros vínculos com a organização o mesmo estudo da autora mostrou que o Consentimento Organizacional se correlaciona mais fortemente com a Liderança Transacional, mas com resultados muito próximos da Transformacional. Já o Entrincheiramento Organizacional correlacionou-se de forma significativa apenas a Ausência de liderança. Esse resultado já era esperado, pois esse construto diz respeito muito mais a uma avaliação da estrutura Organizacional do que aos estilos comportamentais e a ação do líder imediato. Sendo assim, no entendimento de Moscon (2013), é esperado que percepções acerca do estilo de liderança dos gestores seja uma variável explicativa importante para os vínculos que o trabalhador estabelece com a organização, embora possa se supor que tal poder explicativo não ocorre do mesmo modo para cada um dos três vínculos.

De posse do conhecimento que permeia os vínculos organizacionais – Comprometimento, Entrincheiramento e Consentimento – e a liderança e os estilos de gestão, passa-se, no capítulo a seguir, para a revisão sobre o contexto de trabalho das organizações hospitalares e da equipe de Enfermagem inserida nestas instituições.

## **CAPÍTULO 2**

### **ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES, EQUIPE DE ENFERMAGEM E A LIDERANÇA NESTE CONTEXTO**

De acordo com Vendemiatti et al. (2010), a origem do sistema hospitalar, remonta à Idade Média, mistificado pelas lendas ou mitos dos povos que atribuíam à doença um castigo dos deuses. Entretanto, nessa época, o hospital não era visto como uma instituição médica, sendo apenas um local de assistência aos pobres. Após a Segunda Guerra Mundial, Graça (2005) explica que, com o aumento do desenvolvimento tecnológico, essas instituições passaram a ser dirigidas como uma empresa, abandonando a concepção assistencialista que permaneceu até o século XIX e assumindo a produção dos cuidados com a saúde por meio da prestação de serviços. Antes disso, Gurgel Jr. e Vieira (2002) comentam que os hospitais serviam apenas para separar os doentes dos demais, não havendo quase nenhuma intervenção sobre a doença.

Conforme argumentam Teixeira et al. (2006) é possível encontrar registros que apontam a existência destas instituições em civilizações antigas, como a egípcia, grega e romana. Rotta (2004) destaca que as primeiras instituições hospitalares foram construídas pela igreja católica na Capadócia e em Roma, na segunda metade do século IV. Durante um longo período, entre os séculos IV e XVIII, o cristianismo dirigiu estes estabelecimentos, em virtude disso os religiosos que ali atuavam consideravam a alma do doente apenas como merecedora de socorro, e a cura não era uma meta, logo não eram realizadas intervenções sobre a doença.

Contemporaneamente, os hospitais são instituições prestadoras de serviço que se configuram como sistemas abertos, pois, além de sofrerem a ação do meio, são influenciados pelas mudanças que ocorrem em todos os campos sociais (BONATO, 2003). Desde sua criação até os dias atuais os mesmos têm sofrido modificações no que se refere ao seu papel social e a sua forma de gestão (MONTEIRO, 2009).

Para Barbosa (2007), a característica que diferencia o hospital do contexto das empresas é a natureza do seu trabalho. Sendo esse dirigido para aliviar o sofrimento e a preservar a saúde e a vida é difícil enxergá-lo como área de negócio. No entanto, conforme destaca a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2004) essas organizações são

empresas de produção de serviço a indivíduos e comunidades que atendem as necessidades e as expectativas da sociedade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o hospital é parte integrante de uma organização médica e social cuja missão consiste em proporcionar à população assistência completa, sendo também um centro de formação de profissionais. Para Pianucci (2010, p. 13), “o hospital, como uma empresa destinada à prestação de serviços de saúde, pode ser conceituado como organização destinada a prestar assistência médico-hospitalar, tanto curativa quanto preventiva, reabilitando e reintegrando o indivíduo à sociedade, além de se constituir em centro de educação e pesquisa em saúde”.

Estas instituições, conforme é destacado em Brasil (2011), agregam uma série de funções que as caracterizam como as organizações mais complexas do setor de saúde. Na Figura 8 apresentam-se as dimensões que coexistem nessas organizações e que contribuem para tornar a gestão hospitalar ainda mais desafiadora, são esses: fatores financeiros, assistenciais, organizacionais, políticos e sociais, além de outros que direta ou indiretamente interferem no setor, como o ensino e a pesquisa.

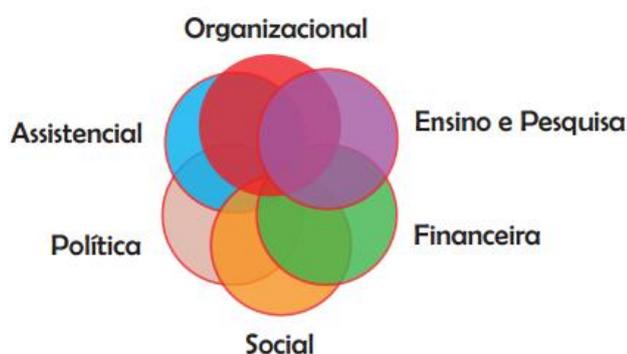


Figura 8 - Dimensões da área hospitalar

Fonte: Brasil (2011)

Graça (2005) corrobora o exposto, ressaltando que dizer que o hospital é uma instituição, tal como uma escola, os tribunais, o parlamento ou o exército, é nos colocarmos num nível de análise macro, assumindo que este desempenha, além de funções estritamente técnicas (tratamento, cura e reabilitação da doença; formação médica e paramédica), um papel social, econômico, ideológico, científico e político. No entendimento do autor, o

hospital como organização tem uma missão ou finalidade, qualquer que seja o seu sistema de financiamento ou o seu estatuto jurídico-legal (laico ou religioso, civil ou militar, público ou privado, etc.). Além disso, para Teixeira et al. (2006), o hospital tem um sistema de poder e de autoridade diferente de outras organizações, dada a importância de seus grupos de profissionais muito particulares, e uma cultura própria, distinguindo-o de outras empresas pelo fato de ser classificada como uma organização especializada e com características singulares.

Autores como Celestino (2002), Pitta (2003), e Ruthes e Cunha (2007) também destacam que os hospitais estão entre os organismos mais complexos de serem administrados, pois além dos vários serviços oferecidos, reúnem diversas categorias profissionais e situações simultâneas. De acordo com Anunciação e Zoboli (2008), a diversidade de serviços decorre dos trabalhos oferecidos serem direcionados ao bem maior dos indivíduos, ou seja, a vida humana, de modo que esta não deve ser considerada como uma organização qualquer.

Silva e Brandalize (2006) complementam que além dos serviços médicos, os hospitais abrangem também os serviços de enfermagem, radiodiagnóstico, farmácia, nutrição e dietética, prontuários e registros, entre outros, e todos os setores administrativos, como gestão de pessoas, contabilidade, informática, segurança e medicina do trabalho, manutenção, higienização, lavanderia etc. Logo, para desenvolver suas atividades, estas organizações dependem de uma extensa divisão de trabalho entre seus integrantes e de uma estrutura organizacional que envolva diversos departamentos, equipes, cargos e posições.

O aumento do número de estabelecimentos de saúde e da complexidade do atendimento tem fortalecido a importância de uma gestão mais efetiva nestas organizações (BORBA e KLIEMANN NETO, 2008; MONTEIRO, 2009). De acordo com Marx e Morita (2003), o principal aspecto que difere uma organização hospitalar de outros segmentos de negócio é o seu capital humano, constituído de pessoas preocupadas em cuidar de outras pessoas, e pautando sua razão de existir a serviço dessas. Isso pode ser percebido, segundo Ruthes e Cunha (2007), em instituições que buscam a excelência na administração das relações humanas e estão cada vez mais preocupadas em adotar métodos que permitam a valorização de seus profissionais.

Conforme OPAS (2004, p. 249),

o trabalho em saúde implica uma relação direta entre o recurso humano e a população. Nesta relação, o conhecimento científico e técnico que possui o profissional deveria permitir-lhe atuar como interprete das necessidades de saúde da comunidade. Este caráter de interprete exige ao recurso humano uma adequada preparação para desempenhar uma complexa intermediação que, se é cumprida adequadamente, projeta seu desejo na formulação de qualquer proposta de ação e mudança que se apresente. Já não é possível pensar em saúde ou em formas modernas de gerência hospitalar que não considerem a necessária participação e ação de seus recursos humanos.

Gonçalves (1987), há mais de 25 anos atrás já comentava em seu livro o lugar de destaque que os hospitais vinham ocupando. De acordo com o autor, são organizações complexas, que utilizam tecnologia sofisticada e precisam ter uma reação dinâmica às exigências de um meio ambiente em constante mudança. La Forgia e Couttolenc (2009) corroboram com a ideia apresentada pelo autor ressaltando que a gama de serviços oferecidos pelos hospitais – de tratamentos clínicos de alta tecnologia a cirurgias complexas, da contabilidade a serviços básicos de hotelaria – torna a sua administração difícil e cara e a sua supervisão e controle um grande desafio.

Nos países de renda baixa e média os hospitais são o centro do sistema de saúde, e até mesmo nos países mais pobres, esses constituem o foco primordial da capacitação profissional e a referência para todo o contexto de saúde, formando a base para um bom atendimento. Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), a atenção à saúde representa um quebra-cabeça para todos os países, sendo os hospitais os componentes mais importantes e onerosos.

No que tange aos hospitais brasileiros, os autores salientam que estes são o centro do sistema de saúde no país, sozinhos respondem por dois terços dos gastos do setor e boa parte dos serviços produzidos, e no qual estão empregados a maioria dos médicos, enfermeiros e profissionais da área - empregam 56% de todos os profissionais de saúde, consumindo 67% do gasto total com a saúde e 70% dos gastos públicos na área. La Forgia e Couttolenc (2009) destacam ainda que, ao contrario da maioria dos países, o Brasil tem um sistema hospitalar altamente pluralista, composto por uma gama de arranjos financeiros, organizacionais e de propriedade, que abrangem tanto o setor público quanto o privado.

Dentre os hospitais do País, os mesmos autores explicam que esses podem ser divididos em três subsetores principais:

- *Hospitais públicos administrados por autoridades federais, estaduais e municipais:* são quase todos financiados pelo poder público. A maioria é municipal e o restante estadual - o governo federal opera com um número relativamente pequeno de hospitais por meio do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação (ver Figuras 9 e 10).
- *Hospitais privados conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS):* mais de 60% das unidades privadas recebem financiamento público - isso inclui a maior parte das instituições sem fins lucrativos (filantrópicas) e cerca da metade dos hospitais com fins lucrativos (ver Figura 12). As instituições filantrópicas vinculadas ao SUS operam por meio de convênios e são obrigadas a oferecer pelo menos 60% de seus leitos a pacientes do SUS. Entretanto, a maioria dos hospitais privados financiados pelo SUS também obtém fundos de fontes privadas, em maior ou menor extensão.
- *Hospitais particulares com fins lucrativos e alguns filantrópicos não financiados pelo SUS:* são administrados e custeados de forma privada, constituem cerca de 30% dos hospitais privados do país.

Na Figura 9 apresenta-se um Gráfico de uma pesquisa realizada pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2012, com todos os hospitais do País, privados, públicos e universitários.

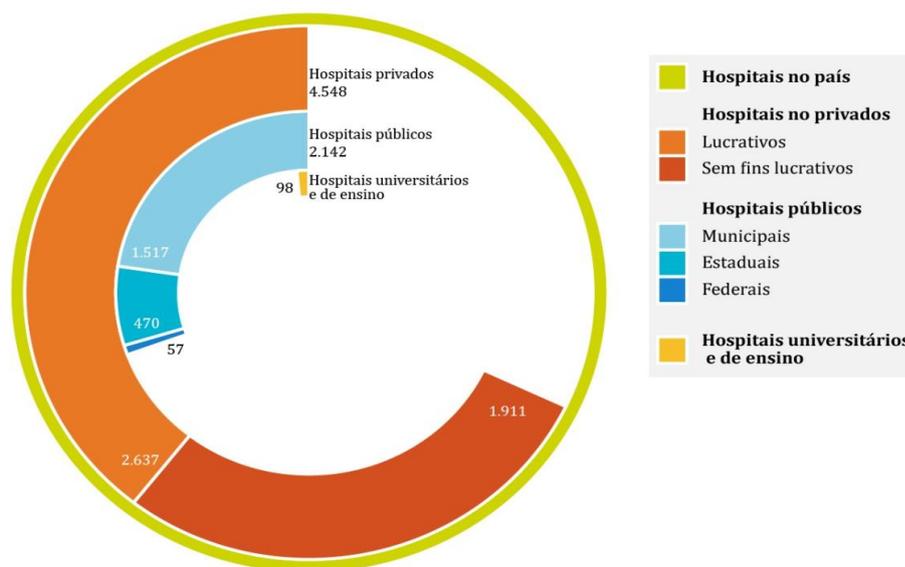


Figura 9 - Hospitais do Brasil em 2012

Fonte: Federação Brasileira de Hospitais (2014)

A partir do apresentado na Figura 9, verifica-se que do total de hospitais do País, em torno de 67% eram privados, 31,5% públicos e apenas 1,5% universitários e de ensino. Destes, como é possível observar, e corroborando com La Forgia e Couttolenc (2009), a maioria dos hospitais públicos são municipais e dos privados são com fins lucrativos. A mesma pesquisa foi refeita no ano de 2014 (Figura 10) e constatou-se que não houve alteração significativa nestes números.

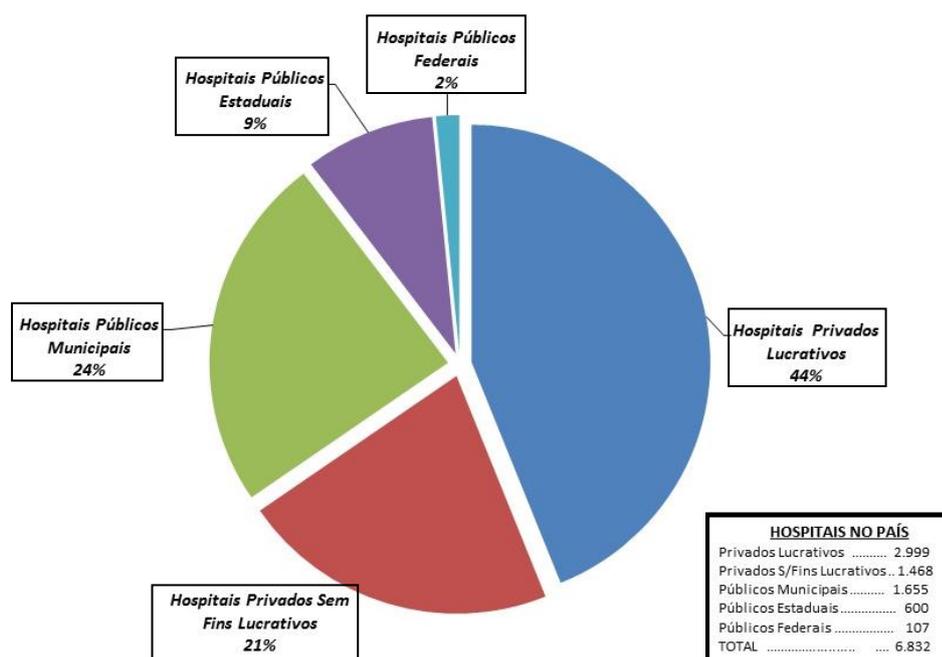


Figura 10 - Hospitais do Brasil em 2014

Fonte: Federação Brasileira de Hospitais (2015)

Conforme apresentado na Figura 10, dos hospitais do País, 35% são públicos (sendo que o maior percentual continua de hospitais municipais, seguido dos estaduais) e 65% são privados (a maioria com fins lucrativos). Comparando o número de hospitais entre os anos de 2012 e 2014 verifica-se um aumento em todos os setores (público e privado), e uma redução apenas no número de hospitais privados sem fins lucrativos (2012 = 1.911 hospitais; 2014 = 1.468 hospitais).

Segundo Malik (1996), o fornecimento de assistência feito pelo sistema público se diferencia do privado visto que no primeiro o atendimento é prestado igualmente a toda população, já no segundo este atendimento é prestado apenas a população com possibilidades

de acessá-lo. Além disso, a natureza dessas instituições é diferenciada por meio de seus objetivos, os quais podem estar associados a critérios de competitividade, lucratividade e administração, bem como a inserção de tecnologia e eficiência do cuidado prestado aos pacientes (PERRIN, 1988). Contudo, conforme destaca Campos (2008), existe, em todo o mundo, uma polêmica sobre onde termina o público e começa o privado no que diz respeito à saúde. Essa controvérsia estende-se desde o início do século XX, pois antes disso a resposta a essa questão era simples: a saúde pública cuidava dos problemas coletivos; o cuidado à pessoa doente era considerado assunto privado; já o cuidado da pessoa pobre ficava sob responsabilidade do sistema de filantropia. Contudo, no século XX houve um rompimento desse consenso - as políticas públicas buscavam distribuir renda e construir bem-estar social - diante disso, o Estado não seria mais encarregado somente de problemas coletivos, mas também de cada pessoa em particular.

Diante disso surge o Sistema único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei n.º 8.080/90. De acordo com o art. 2º da Constituição “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Ou seja, este deve possibilitar o acesso de todos aos cuidados de saúde, independente dos níveis socioeconômico e cultural.

O SUS tem como princípios básicos: a *universalidade*, atender a todos, sem distinção, de acordo com suas necessidades, sem cobrar nada e sem levar em conta se a pessoa contribuiu ou não para a Previdência Social; a *integralidade*, onde a saúde da pessoa não pode ser dividida, e sim tratada como um todo, voltando-se, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade; a *equidade*, pois deve oferecer os recursos de acordo com a necessidade de cada um, dando mais para quem mais precisa; ser *descentralizado, regionalizado e hierarquizado* (BRASIL, 1990).

Conforme Campos (2008), em relação ao SUS considera-se que houve uma expansão do caráter público e estatal da saúde no País, por meio do qual se introduziu o conceito de “direito à saúde”, garantido por um sistema de abrangência universal, com atendimento gratuito e acesso amplo. No entanto, segundo o mesmo autor, o SUS assegura também a reprodução de uma parte considerável do setor privado de prestação de serviços, uma vez que o sistema continuou bastante dependente destes, para poder assegurar atendimento aos cidadãos.

Evidencia-se que, de acordo com a Lei n.º 8.080/90, art. 24:

quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Existe, portanto, uma forte herança de dependência do setor público em relação às organizações privadas. Isso pode ser percebido por meio dos números de porcentagens de hospitais públicos e privados apresentados anteriormente. Na Figura 11 apresenta-se o fluxograma da estrutura do SUS no Brasil, destaca-se a composição pública e privada.

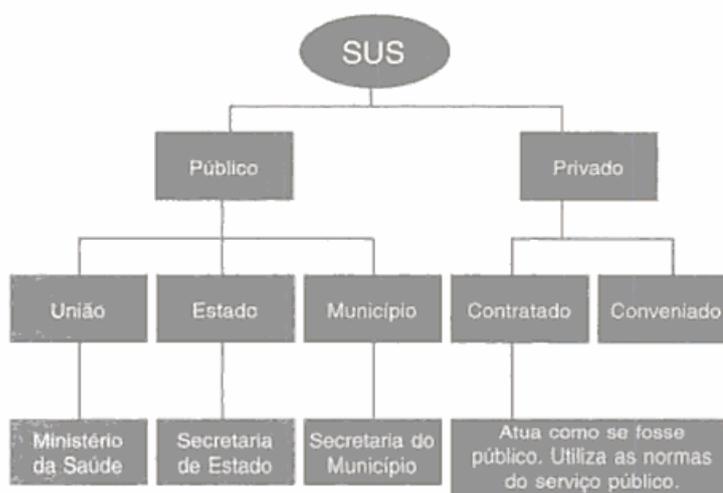


Figura 11 - Fluxograma da estrutura do SUS no Brasil

Fonte: Pianucci (2005, p. 14)

Dentre os hospitais que trabalham com o SUS, a grande maioria pertence ao setor privado, como observa-se na Figura 12, na qual apresenta-se o número de hospitais disponíveis ao sistema, de acordo com a pesquisa realizada pela CNES (2012).

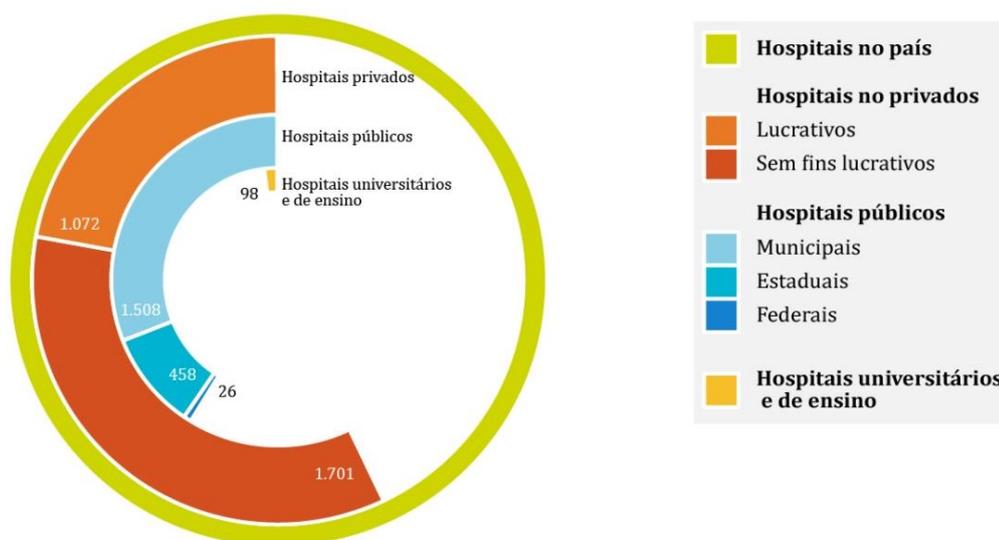


Figura 12 - Hospitais disponíveis ao SUS

Fonte: Federação Brasileira de Hospitais (2014)

Destaca-se, para tanto, que dos hospitais do Brasil, a grande maioria são pertencentes ao SUS, sendo destes 42% públicos (municipais, estaduais, federais e universitários) e 58% de instituições particulares, que mesclam a clientela entre pagantes, afiliados ao sistema de saúde complementar e usuários do SUS, ou seja, quase 60% da capacidade hospitalar utilizada pelo SUS são hospitais filantrópicos ou privados, o que contribui para a fragmentação do sistema.

Diante disso, Bahia (2014) ressalta que, no que se refere ao sistema de saúde brasileiro, este se apresenta como contraditório, pois a universalização do direito à saúde, que imprime novos sentidos às práticas de expansão de coberturas e modelos de atenção, convive com um expressivo mercado de serviços privados, o qual também incorpora novos processos gerenciais e tecnológicos. Segundo Brasil (2011, p. 12)

a formulação e implementação de políticas e estratégias de reforma da atenção hospitalar no SUS são, sem dúvida, um dos maiores, senão o maior desafio da atual gestão ministerial. Assim, é impossível pensar a problemática hospitalar de forma isolada, sendo necessário projetar as decisões a serem adotadas e as políticas que se pretenda formular, no cenário mais amplo de um sistema de saúde complexo e submetido a um conjunto de variáveis. [...] Há muito se diz sobre a necessidade de se implementar políticas específicas para o setor hospitalar brasileiro que induzam a uma reestruturação capaz de responder às efetivas necessidades de saúde da população de forma integrada à rede de serviços de saúde local e regional.

La Forgia e Couttolenc (2009) corroboram com a ideia explicando que o setor de saúde brasileiro teve avanços significativos nos últimos anos, porém, apesar da expansão de sua cobertura, ainda enfrenta limitações na qualidade da atenção, na incorporação de novas tecnologias, na gestão de seus recursos e na distribuição equitativa dos serviços.

No entendimento de Zatti e Mendes (2007), o cenário atual da assistência à saúde no Brasil tem levado os usuários a pressionar as instituições na busca de serviços com mais acolhimento, qualidade e resolubilidade. Logo, para atender às crescentes demandas por assistência, as organizações hospitalares precisam ter nos seus quadros profissionais devidamente qualificados e, principalmente, comprometidos com os valores e objetivos da instituição.

De acordo com Borba (2006), as organizações hospitalares brasileiras estão inseridas em um cenário de intensa rotatividade da mão-de-obra e elevada terceirização de serviços. Para esse autor, a demanda por serviços de saúde, principalmente os de alta complexidade, extrapola a capacidade instalada dos hospitais, gerando descontentamento de usuários e de profissionais frente às dificuldades técnicas para realizar um trabalho de qualidade o compromisso ético com a vida humana.

No que tange a equipe de Enfermagem, Nomura e Gaidzinski (2005) comentam que a rotatividade no quadro desses profissionais representa um grande problema enfrentado pelos gerentes de enfermagem e implica, significativamente, na qualidade do cuidado e também nos custos para a organização.

A perda de profissionais experientes afeta o cuidado prestado e aumenta o investimento necessário à admissão de um novo trabalhador. O desligamento das enfermeiras compromete a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Essa situação gera descontentamento na equipe de Enfermagem, decorrente da sobrecarga das tarefas para os membros que permanecem no hospital (NOMURA e GAIDZINSKI, 2005, p. 650).

O hospital só existe por razão das pessoas, que prestam assistência e que usufruem da mesma, e, portanto, devem ser o foco da gestão. Contudo, conforme Campos e Bonassa (2006), muitos hospitais vivem um dilema: a necessidade de modernizar as formas de trabalho em contraposição a uma cultura organizacional arcaica. Diante disso, destaca-se a importância do papel da liderança neste cenário de quebra de paradigmas e adequação às novas necessidades do mercado.

Como já mencionado anteriormente, a complexidade da organização hospitalar é um desafio para o processo de gestão, principalmente no que diz respeito à liderança. Essa questão no âmbito hospitalar, segundo Vendemiatti et al. (2010), é bastante desafiadora, pois as relações de identificação entre colaboradores, gestores e a organização são produzidas em vários contextos. Para Matos e Pires (2006), o gerenciamento dessas instituições pode ocasionar uma forte fragmentação nas linhas de comando, originando um campo de atuação permeado por disputas entre grupos profissionais com alta qualificação e com autonomia em seu trabalho.

Vendemiatti et al. (2010) abordam ainda que nesse contexto duas linhas de liderança, que nem sempre agem a partir da mesma lógica de gestão: a subcultura médica e da enfermagem, que realizam atividades em função do que julgam correto para a situação, e a administrativa, que produz regras orientadas para o processo de profissionalização, em busca do controle de custos, aumento da produtividade e pela qualidade por meio da padronização das operações. Entretanto, de acordo com os autores, essas subculturas precisam coexistir dentro do ambiente hospitalar, uma vez que são elas (lideranças do corpo clínico, da enfermagem ou do setor administrativo) as responsáveis pelo bom andamento das atividades nessas instituições. Como este trabalho tem como foco a função do enfermeiro enquanto líder na organização e no setor em que atua, apresentou-se o referencial em relação à gestão destes profissionais, não sendo abordadas possíveis questões de conflitos existentes dentro da instituição entre as diferentes categorias profissionais.

Para Marquis e Huston (1999), todo enfermeiro é um líder e administrador em algum nível, dessa forma é importante que estes profissionais desenvolvam sua habilidade nas funções administrativas e de liderança. Cecílio (1997, 1999), complementa ao afirmar que a enfermagem constitui-se como um corpo profissional muito fechado e com elevado grau de autonomia em relação à direção. Estes profissionais gerenciam o dia a dia das unidades assistenciais e possuem, internamente, uma linha de mando vertical formalizada e legitimada, tendo grande influência sobre os técnicos e auxiliares de enfermagem. Nesse sentido, apresenta-se a seguir algumas considerações em relação à equipe de Enfermagem, destacando-se o papel do enfermeiro e dos técnicos e auxiliares nesse contexto.

## **2.1 Equipe de Enfermagem e a liderança do enfermeiro**

Segundo Santos (2007), o serviço de enfermagem constitui cerca de 60% a 70% do pessoal hospitalar. É, portanto, a principal categoria profissional em termos quantitativos que faz a instituição de saúde produzir serviços. De acordo com Pianucci (2005), a prática de enfermagem em equipe é norteada por um enfermeiro, profissional qualificado e registrado no órgão regulamentador do exercício da profissão, COFEN, que atua como líder, tomando as decisões em relação ao atendimento de enfermagem. Já os membros da equipe – técnicos e auxiliares de enfermagem – estão sob supervisão desse profissional, devendo cumprir e assumir seu papel profissional, colaborando com o líder para que se alcancem os objetivos propostos para a equipe e o atendimento aos clientes.

A Lei nº 7.498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências evidencia o papel de cada profissional. Conforme a lei apresenta no art. 11 cabe ao profissional de enfermagem:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem;
- [...]
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- i) consulta de Enfermagem;
- j) prescrição da assistência de Enfermagem;
- l) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Já em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, os art. 12 e 13 descrevem as suas responsabilidades:

- Art. 12 - O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:
- a) participar da programação da assistência de Enfermagem;
  - b) executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro
  - c) participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;
  - d) participar da equipe de saúde.

Art. 13 - O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) participar da equipe de saúde.

Conforme apresentado pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN/MT, 2013), às três categorias compete integrar a equipe de saúde e a promover a educação em saúde, sendo que a gestão (planejamento da programação de saúde, elaboração de planos assistenciais, participação em programas de assistência integral e de treinamento, em desenvolvimento de tecnologias apropriadas, na contratação do pessoal de enfermagem), a prestação de assistência ao parto e a prevenção (de infecção hospitalar, de danos ao paciente, de acidentes no trabalho) são de responsabilidade do enfermeiro.

De acordo com Gama (2014), assumir a liderança, como instrumento de direção, é compromisso do enfermeiro, fundamentado na Lei 7.498/86, apresentada anteriormente. (Uma rápida leitura do art. 11 da referida Lei já apresenta o exposto pela autora - o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: a) direção do órgão de unidade de enfermagem; b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços. Além disso, cabe ressaltar que, de acordo com o art. 15, “as atividades referidas nos art. 12 e 13 desta lei, quando exercidas em instituições de saúde públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de enfermeiro”.

Nos dados apresentados em pesquisa, realizada em 2011 pelo COFEN, mostram que o Brasil possui um total de 1.535.568 profissionais de enfermagem, sendo aproximadamente 21% de enfermeiros, 45% de técnicos de enfermagem e 33% de auxiliares de enfermagem. O restante está dividido entre atendentes de enfermagem ou parteiras, que por não serem o foco do estudo não serão abordados. Na Figura 13 expõem-se o gráfico que destaca estes percentuais.

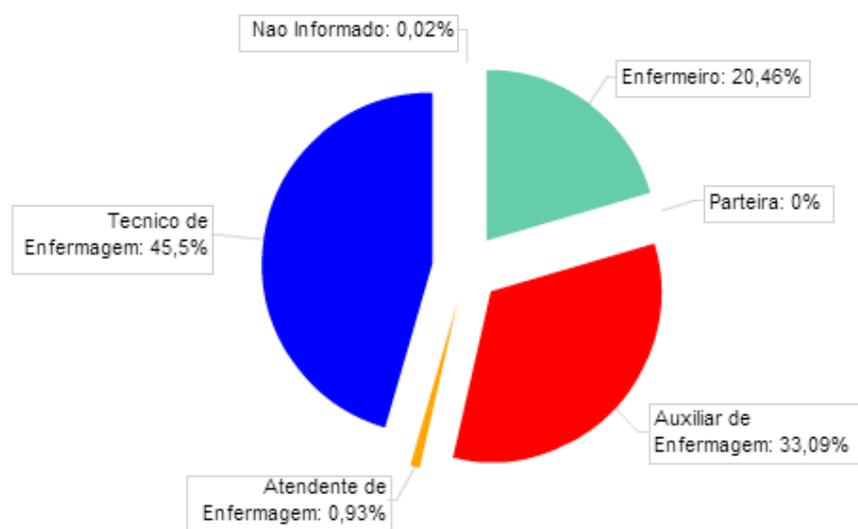


Figura 13 - Profissionais de Enfermagem no Brasil por categoria

Fonte: COFEN (2013)

Ainda segundo o relatório do COFEN (2013), a OMS estabeleceu que o número ideal da existência de profissionais de enfermagem em proporção à população é de 1 para cada 1.000 habitantes (1:1000). De acordo com Santos (2007), o termo dotação de pessoal é utilizado com referência ao número necessário de pessoas para o serviço de enfermagem, pois representaria um caos sob o ponto de vista técnico, financeiro e social, trabalhar com um número insuficiente de pessoas, isso acarretaria sobrecarga de trabalho que poderia trazer consequências graves como, por exemplo: esgotamento físico, fadiga e estresse, além de baixa produtividade e aumento no índice de absenteísmo.

No Brasil observa-se que a quantidade desses profissionais agrupada tem a proporção de 7,50 profissionais/1000 habitantes, acima do recomendado pela OMS, sendo que destes possui 1,88 enfermeiro/1000 habitantes, 3,49 técnicos de enfermagem/1000 habitantes e 2,08 auxiliares de enfermagem/1000 habitantes. Entretanto, os dados alertam para a desigualdade na distribuição dos trabalhadores nas cinco regiões do País. Conforme apresentado no relatório, as maiores proporções de profissionais de enfermagem estão concentradas nas macrorregiões sudeste (8,89 profissionais de enfermagem/1000 habitantes) e sul (8,21 profissionais de enfermagem/1000 habitantes).

Segundo Pianucci (2005), o maior objetivo do trabalho em equipe na enfermagem é proporcionar assistência contínua e de qualidade a quem está sendo cuidado. Sendo assim, é

necessário planejar e sistematizar a assistência, visando desenvolver cuidados que suprirão as necessidades humanas básicas afetadas do cliente. Nesse contexto, insere-se o papel de liderança que o profissional enfermeiro ocupa nas instituições de saúde.

Do mesmo modo como é difícil tratar do tema liderança em qualquer área, desenvolver um trabalho sobre essa questão na enfermagem também se constitui em uma tarefa complicada. A liderança nesse contexto, de acordo com Gelbcke et al. (2009), é objeto de pesquisas sob diferentes perspectivas, principalmente no sentido de incorporá-la como aliada no seu cotidiano. Para tanto, o agir com liderança se torna uma tarefa cada vez mais árdua, exigindo melhores resultados, inovação e crescimento constantes, sendo, segundo os autores, uma ferramenta imprescindível no processo de trabalho do enfermeiro.

Destaca-se que a questão da liderança em enfermagem foi introduzida por Florence Nightingale, precursora da enfermagem no século XIX. Durante a guerra, Florence envolveu-se em atividades administrativas, demonstrando habilidade de gerenciamento e liderança (OLIVEIRA, 2004). Frente a isso, as décadas que se seguiram à 2ª Guerra Mundial, representam um período marcado por mudanças nos ambientes hospitalares, com destaque às áreas da enfermagem e à atuação de líderes. Segundo Trevizan et al. (1991, p. 57), “em virtude da aplicação do método funcional ao serviço de enfermagem, houve necessidade de se organizar o pessoal para que as tarefas pudessem ser executadas o mais eficientemente possível, e o enfermeiro tornou-se o líder nesses grupos”. Para Rozendo e Gomes (1998), isso leva a supor que a questão da liderança na enfermagem foi colocada como algo dado e inquestionável, no qual era conferido aos enfermeiros o *status* de líder da equipe de Enfermagem.

De acordo com Rozendo e Gomes (1998), o enfermeiro seria um elemento importante para “fazer funcionar” a instituição, especialmente através de atividades de controle e orientação dos colaboradores do seu setor, por meio da função de supervisão. Neste sentido, a figura do enfermeiro ocupa papel de destaque, pois é o responsável pela condução do pessoal de enfermagem, servindo de elo entre os “superiores” e os “subordinados”. Segundo Trevizan et al. (2002, p. 87),

o exercício da função gerencial pelo enfermeiro no Brasil é uma questão ainda mesclada por desentendimentos e incompreensões. O fato de ele incorporar funções gerenciais no seu trabalho, em grau considerado acentuado por alguns autores, tem sido a causa de muita polêmica na profissão. Esta polêmica avulta na medida em que se torna evidente a dicotomia entre o que se espera do enfermeiro na visão dos teóricos de enfermagem e o que se verifica ser a sua ação cotidiana nas instituições de saúde.

Para Greco (2004), a enfermagem é responsável pela gerência de unidades, envolvendo a previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço e pela gerência do cuidado, consistindo no diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe. Entretanto, Lima e Binsfeld (2003) destacam que uma breve observação sobre o dia-a-dia do trabalho do enfermeiro hospitalar é suficiente para perceber que o seu trabalho é prevalentemente administrativo, embora isso não se dê por opção, mas por uma certa imposição da administração hospitalar, que espera que o mesmo se responsabilize pelo bom funcionamento das unidades.

No contexto hospitalar, Higa e Trevizan (2005) ressaltam que a liderança em enfermagem visa melhorar a qualidade do trabalho e da assistência prestada ao paciente. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro o gerenciamento da assistência de enfermagem, bem como o desenvolvimento de atividades administrativas. Sendo assim, para Trevizan et al., (2002), esse profissional deve deixar de ser simples executor de tarefas ditadas por outros, ou por normas, e assumir a autodeterminação de suas funções, ajustando princípios e medidas administrativas à solução de problemas específicos de sua área.

No entendimento de Pereira (2007), a prática da liderança de enfermagem não deve estar somente em consonância com a instituição, mas também voltada para as condições de trabalho e as necessidades dos profissionais da equipe. De acordo com Moura et. al (2013), a enfermagem constitui-se de um grupo numeroso de profissionais cujas ações desenvolvem-se no âmbito coletivo, sendo realizadas por equipes de trabalho que exercem suas atividades harmonicamente ao longo das 24 horas do dia e durante os sete dias da semana, assegurando a continuidade do cuidado aos pacientes internados nos hospitais. Segundo os autores, estas características são determinantes para a existência de modelos de organização do trabalho alicerçados na liderança e na atividade profissional dos grupos. Logo, conforme explica Santos (2007):

é importante frisar que o enfermeiro – líder precisa ter a capacidade de avaliar as pessoas que dirige segundo suas personalidades, seus interesses e suas capacidades, com o objetivo de proporcionar oportunidades reais de satisfação no trabalho. É imprescindível a capacidade de saber delegar atividades, descentralizando responsabilidades e criando um clima de confiança entre o pessoal que, sem dúvida, retribuirá com atitudes amigáveis, espírito de iniciativa e colaboração dos integrantes da equipe.

Galvão, Trevizan e Sawada (1998) comentam que na enfermagem brasileira, existe o reconhecimento da importância da liderança para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro em suas diferentes áreas de atuação. Em 1989, Trevizan já afirmava que a valorização crescente da liderança como habilidade indispensável para o enfermeiro implica necessariamente em um novo posicionamento nas áreas de ensino e pesquisa.

Machado (2013) buscou analisar as tendências de teses e dissertações brasileiras que trabalharam a temática liderança no contexto da enfermagem. Para tanto, realizou um estudo bibliométrico no Banco de Teses e Dissertações da CAPES, utilizando como palavras-chave “enfermagem” e “liderança”. Como resultado encontrou 34 trabalhos, sendo desses 27 dissertações e sete teses tratando sobre o assunto entre os anos de 1989 e 2010. Destacam-se entre estes a tese de livre-docência de Trevizan (1989) por ser uma das primeiras produções acadêmicas nacional sobre a temática e uma das principais autoras que aborda o tema.

A partir do estudo de Machado (2013) foi possível identificar que ocorreu um aumento de estudos que abordaram a liderança em enfermagem na última década, principalmente nos anos de 2004 (cinco trabalhos) e 2007 (seis trabalhos). Portanto, parece existir uma tendência da crescente preocupação relacionada à administração em enfermagem acerca de temas que englobam o relacionamento humano e o gerenciamento dos serviços.

Assim, depois de feitas essas considerações acerca das organizações hospitalares, da equipe de Enfermagem nessas instituições e da liderança do enfermeiro, apresentam-se, no capítulo seguinte, os procedimentos metodológicos utilizados no estudo.



## **CAPÍTULO 3**

### **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA**

Este capítulo descreve os procedimentos metodológicos que foram utilizados nesta pesquisa, com o intuito de atingir os objetivos propostos. Para tanto, inicialmente, apresenta-se a caracterização e o delineamento da pesquisa, o desenho e o objeto de estudo, ou seja, as organizações participantes, a população e a amostra. Em seguida, apresenta-se o instrumento de coleta de dados e os aspectos éticos adotados, bem como a definição e operacionalização das variáveis, o método que foi empregado na coleta de dados para o tratamento e análise dos mesmos.

#### **3.1 Caracterização e delineamento da pesquisa**

Visando atingir os objetivos propostos, esta pesquisa é caracterizada como um estudo de caso, de natureza descritiva e com abordagem quantitativa. No entendimento de Yin (2010), o estudo de caso tem como propósito a investigação de um fenômeno dentro de um contexto real. De acordo com o autor, este tipo de delineamento de pesquisa trata-se de uma forma de investigação adequada à medida que procura-se compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, envolvendo diversos fatores.

Campomar (1991) destaca a importância da utilização de estudos de caso em pesquisas de dissertações e teses em Administração, à medida que afirma que o estudo intensivo de caso permite a descoberta de relações que não seriam encontradas de outra forma. Para Richardson (1999), esse método permite descrever a complexidade de um determinado problema e analisar em maior profundidade o comportamento dos indivíduos, tendo como foco um ambiente em particular.

Corroborando essa ideia, Yin (2010) explica que dentre outras formas, que o uso do estudo de caso é adequado quando: (1) se pretende investigar o como e o por que de um conjunto de eventos contemporâneos; (2) o investigador procura encontrar interações entre fatores relevantes próprios da organização estudada; e (3) o objetivo é descrever ou analisar o

fenômeno. Ainda, segundo Yin (2010), a pesquisa na forma de estudo de caso inclui, além de casos únicos, os casos múltiplos. Para esse autor, a escolha de realizar múltiplos estudos de caso é ainda mais desafiadora, pois torna-se mais ampla do que o estudo detalhado de um único caso, podendo premiar o pesquisador com a ampliação das possibilidades de replicações teóricas e generalizações a partir de constatações e cruzamentos dos resultados dos casos.

No que se refere ao caráter descritivo, de acordo com Triviños (2007), esse tem como principal objetivo informar o pesquisador sobre situações, fatos, ações ou comportamentos da população analisada, mapeando a distribuição de um fenômeno. Essa afirmação vai ao encontro do apresentado por Vergara (2006) e Gil (2008), os quais salientam a função de descrição das características de uma determinada população ou o estabelecimento de relações entre as variáveis pesquisadas. Ou seja, como sintetiza Gil (2008) descreve a realidade como é, trazendo um novo conhecimento a respeito do tema ao meio acadêmico.

Segundo Malhotra (2012), a pesquisa descritiva apresenta as características e percepções em relação a determinado fato ou objeto, bem como determina em que grau estão associadas às variáveis em estudo. Para Sampieri, Collado e Lucio (2006) a descrição das características da população será possível por meio da mensuração e avaliação dos dados coletados sobre diferentes aspectos, dimensões ou componentes do fenômeno a ser estudado. Nesse sentido, Filippini (1997) ressalta que sua finalidade primária não é o desenvolvimento de teorias, embora, por meio dos fatos avaliados, possa fornecer inserções úteis para construções de teorias e o refinamento da mesma.

Por fim, quanto à abordagem metodológica, desenvolveu-se uma pesquisa quantitativa para medir variáveis predeterminadas, no intuito de averiguar sua influência sobre outras variáveis. Para Vergara (2006), essa pesquisa procura mensurar os dados e generalizar os resultados para a população estudada. Lopes et al. (2008) corroboram esta ideia, expondo que esta permite identificar características populacionais as quais podem ser quantificadas. Além disso, para Oliveira (1999), é uma abordagem bastante utilizada em pesquisas nas quais se procura descobrir e classificar a relação entre variáveis. Conforme complementa Malhotra (2012), os dados são encontrados por meio dos resultados da amostra estudada sendo portanto possíveis de generalização para a população alvo.

Diante das explicações anteriores, acredita-se que o emprego desta abordagem e do tipo de pesquisa estão coerentes com os objetivos propostos e com o contexto das organizações hospitalares. Evidencia-se o caráter descritivo e quantitativo do estudo, como forma de analisar o comportamento da população, bem como a capacidade de medir a influência e relação das variáveis investigadas.

### 3.1.1 Desenho da pesquisa

Para o desenvolvimento desta pesquisa utilizou-se o processo sugerido por Hair Jr. et al. (2007), o qual compreende três etapas: *formulação*, *execução* e *análise*. De acordo com os autores, na primeira fase são desenvolvidas as teorias, questões de pesquisa e hipóteses; na segunda fase implementa-se o projeto, indicando os procedimentos de coleta de dados e realizando a coleta propriamente dita; e, por fim, na terceira fase analisa-se os resultados, interpretando e explicando os mesmos e destacando suas limitações. Visando elucidar, mais precisamente, tais fases visualiza-se na Figura 14 o percurso de realização desse estudo.

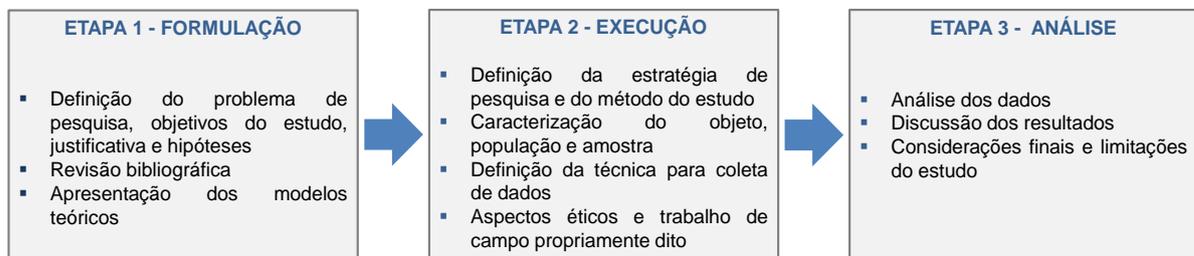


Figura 14 - Etapas da pesquisa

Fonte: elaborado pela autora, com base em Hair Jr. et al. (2007)

Conforme observa-se na Figura 14, na primeira etapa desse estudo (*formulação*) foram definidos o problema de pesquisa, objetivos, justificativa e hipóteses do estudo, apresentados na introdução, bem como foi exposto o estado da arte e os modelos teóricos relativos aos vínculos do trabalhador com a organização e liderança, destacados nos capítulos 1 e 2.

Na segunda etapa (*execução*) definiu-se os aspectos éticos do estudo, a estratégia de pesquisa e o método, bem como a caracterização do objeto de estudo, da população e da amostra. Além disso, nesta etapa foi construído o protocolo de pesquisa (questionário) a partir dos modelos que fundamentaram o estudo - escalas de Comprometimento Organizacional, de Bastos et al. (2011), Enrincheiramento Organizacional, de Rodrigues (2009), Consentimento Organizacional, de Silva (2009) e *Multifactor Leadership Questionnaire Form 6s* (MLQ), de Bass e Avolio (1992 apud NORTHOUSE, 2004) adaptado por Moscon (2013). O trabalho de campo propriamente dito, que também pertence a esta etapa, ocorreu após a qualificação do projeto e a aprovação dos comitês de ética da universidade e dos dois hospitais participantes.

Por fim, a terceira e última etapa (*análise*) que corresponde ao exame analítico dos dados, formulação dos resultados e considerações finais encontradas no estudo, também ocorreu somente após a coleta dos dados. Com o intuito de facilitar o entendimento acerca da investigação proposta, a Figura 15 ilustra o desenho de pesquisa, com ênfase aos constructos que foram pesquisados, as escalas e dimensões, utilizado como base para a coleta de dados e o com o propósito de atender aos objetivos propostos no estudo.

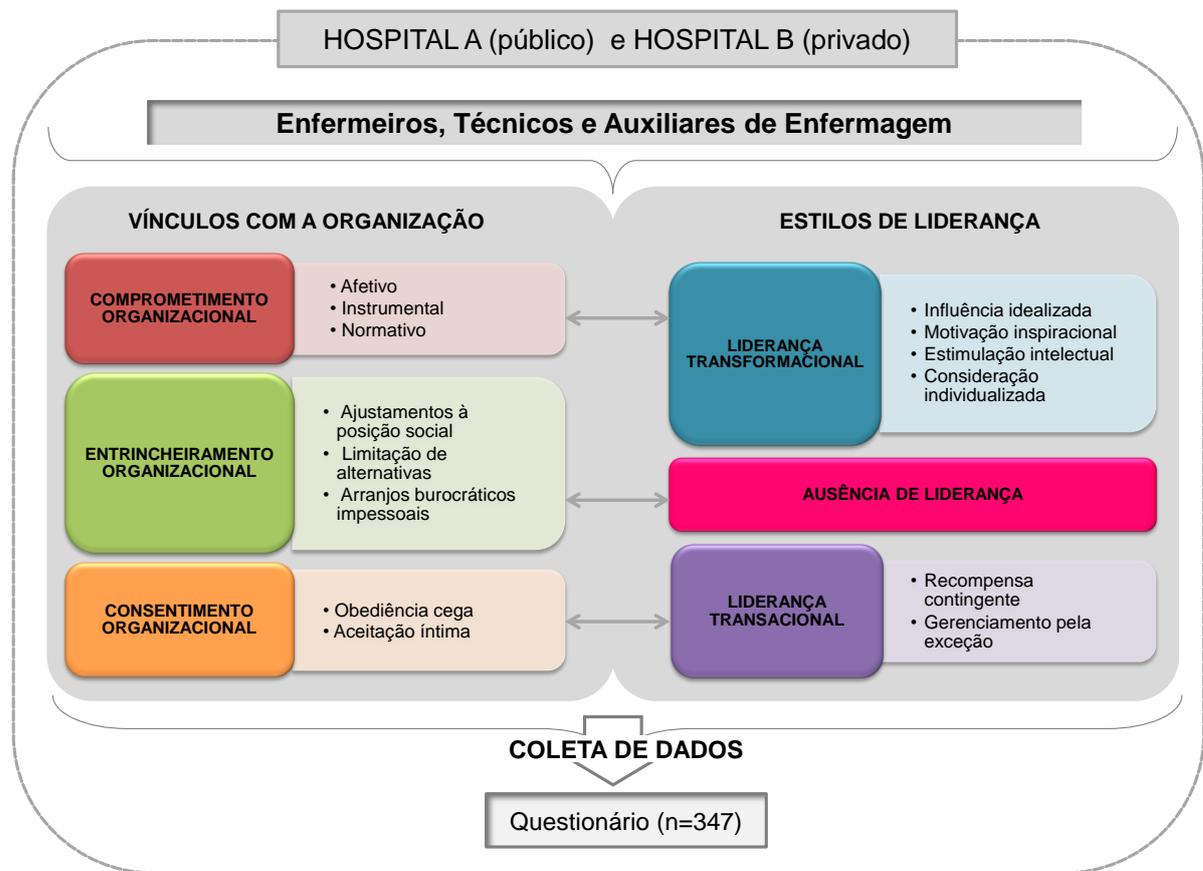


Figura 15 - Desenho de Pesquisa

Fonte: elaborado pela autora

### 3.1.2 Objeto de estudo

O presente estudo foi realizado em duas Instituições Hospitalares da cidade de Porto Alegre/RS, uma pertencente ao setor público e a outra ao privado, denominadas nessa pesquisa de Hospital A e Hospital B, respectivamente. Para a seleção inicial dessas

instituições utilizou-se, para a organização pública, um documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001)<sup>1</sup> que trata sobre a Gestão Hospitalar em hospitais públicos ou filantrópicos integrantes do SUS, ao passo que as instituições privadas estão evidenciadas no site da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP, 2014)<sup>2</sup>.

Após essa seleção inicial, realizou-se um contato prévio com as instituições para verificar o interesse e disponibilidade em participar do estudo, explicando-se os objetivos da pesquisa. Duas organizações demonstraram interesse, disponibilidade e facilidade na autorização da pesquisa, bem como melhor acessibilidade da pesquisadora à essas instituições, sendo selecionadas para participar.

Além disso, a escolha por essas duas organizações também ocorreu por serem hospitais de grande porte e de referência no atendimento médico-hospitalar de alta complexidade no Estado do RS. Cabe explicar que se classificam como hospitais de grande porte os que possuem capacidade de operação de 150 a 500 leitos. Já a alta complexidade é definida como o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde - atenção básica e de média complexidade (BRASIL, 2007). O Quadro 7 contém algumas características dos Hospitais A e B, retiradas dos seus sites no mês de fevereiro de 2015 (com exceção ao número de colaboradores da Enfermagem que foi fornecido à pesquisadora em junho de 2014 para o cálculo de amostra).

(continua)

HOSPITAL OBJETO DE ESTUDO	NATUREZA	CARACTERÍSTICAS	INFRAESTRUTURA
Hospital A	Pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faz parte de um grupo, formado por mais três hospitais, que é referência no atendimento do SUS.</li> <li>▪ É uma sociedade de capital fechado e empresa estatal dependente controlada pela União Federal vinculada ao Ministério da Saúde.</li> <li>▪ Sua estrutura é reconhecida nacionalmente como a maior rede pública de hospitais do Sul do país, com atendimento 100% SUS.</li> <li>▪ Foi fundado em 1959, sendo o maior Hospital do Grupo que leva o seu nome.</li> <li>▪ Na capital gaúcha, responde por 23% dos atendimentos ambulatoriais de alta complexidade e realiza 26% dos partos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Área: 51 mil m<sup>2</sup></li> <li>▪ Total de colaboradores: 5.335</li> <li>▪ Total de colaboradores na enfermagem (aproximado): 330 enfermeiros e 1580 técnicos e auxiliares de enfermagem</li> <li>▪ Total de leitos: 822</li> </ul>

<sup>1</sup> Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/7%20gestao.htm>

<sup>2</sup> Disponível em: <http://anahp.com.br/hospitais-membros/associados-tilulares?limitstart=0>

(conclusão)

HOSPITAL OBJETO DE ESTUDO	NATUREZA	CARACTERÍSTICAS	INFRAESTRUTURA
Hospital B	Privada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faz parte de um sistema de saúde filantrópico que é composto por mais sete hospitais do Estado (sendo que desses, 60% dos atendimentos são via SUS).</li> <li>▪ Foi inaugurado em 1º de junho de 1979 e é o maior Hospital do Sistema de saúde que leva o seu nome.</li> <li>▪ Está entre as instituições de saúde que mais crescem em qualidade e quantidade de serviços disponibilizados à comunidade.</li> <li>▪ É reconhecido publicamente pelo modelo de gestão inovador.</li> <li>▪ É o único Hospital do sul do país com dupla certificação: pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) - nível 3, máximo de excelência, e pela <i>Joint Commission International</i> (JCI), que certifica as instituições de saúde comprometidas com rigorosos padrões internacionais de segurança e assistência ao paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Área: 55 mil m<sup>2</sup></li> <li>▪ Total de colaboradores: 2.460</li> <li>▪ Total de colaboradores na enfermagem (aproximado): 215 enfermeiros e 955 técnicos e auxiliares de enfermagem</li> <li>▪ Total de leitos: 385</li> </ul>

### Quadro 7 - Apresentação dos hospitais participantes do estudo

Fonte: elaborado pela autora, com base no site dos hospitais participantes da pesquisa

Conforme é possível verificar no Quadro 7, um Hospital é público e o outro privado pelo fato do colaborador possuir ou não segurança no cargo ocupado. Esta categorização tem por base a Lei 9.962/2000, que define como de natureza pública quando a contratação do profissional for por meio de concurso público, o que garante certa segurança no cargo, e privada quando a contratação for de natureza contratual, não garantindo segurança, ao passo que esse pode ser demitido com ou sem justa causa, apenas por vontade de seu empregador (BRASIL, 2000).

### 3.2 População e amostra

No entendimento de Malhotra (2012), a população é um agregado, ou soma, de todos os elementos que compartilham algum conjunto de características comuns definidas para o estudo. Entretanto, nem sempre é possível realizar um censo em que participem todos os

indivíduos de uma população. Diante disso, de acordo com Hair Jr. et. al (2007), pode-se realizar-se uma amostragem, no qual extrai-se uma amostra probabilística suficiente para que seja possível fazer generalizações e interferências sobre aquela população.

Nesse sentido, a população desta pesquisa tem como característica comum constituir a equipe de Enfermagem, sendo estes enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Para tanto, essa foi formada por dois grupos: um pertencente à instituição pública (Hospital A) – correspondendo a 1.910 (mil novecentos e dez) colaboradores - e outro a instituição privada (Hospital B) - correspondendo a 1.170 (mil cento e setenta) colaboradores -, perfazendo uma população total de 3.080 (três mil e oitenta) colaboradores das duas equipes de enfermagem dos hospitais participantes da pesquisa.

A amostra, por sua vez, foi calculada por meio de uma fórmula matemática para população finita, segundo Lopes et al. (2008). Optou-se pela técnica de amostragem intencional não probabilística por conveniência. Para tanto, foi considerado um erro amostral de 5% e um nível de 95% de confiança dos dados. Diante disso, obteve-se como amostra necessária para pesquisa, para os dois Hospitais, um total de 342 (trezentos e quarenta e dois) participantes, conforme demonstrado no cálculo apresentado na Figura 16:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}} = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 3080}{0,05^2 \cdot (3080 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} = 342$$

<p>onde:  N = Tamanho da População  n = Tamanho da Amostra Mínima;  Z<math>\alpha/2</math> = 1,96 Valor Tabelado (Distribuição Normal Padrão);  <math>\hat{p}</math> = percentual estimado = 0,5;  <math>\hat{q}</math> = 1 - <math>\hat{p}</math> = Complemento de p = 0,5;  e = Erro amostral = 0,5;  <math>\alpha</math> = 0,05 = Nível de significância.</p>
--

Figura 16 - Cálculo da amostra necessária para pesquisa

Fonte: elaborado pela autora, com base na fórmula de Lopes et al. (2008)

Todavia, obteve-se um retorno um pouco superior ao valor determinado pelo cálculo amostral, totalizando 347 (trezentos e quarenta e sete) respondentes, sendo destes 190 (cento e noventa) pertencentes ao Hospital A e 157 (cento e cinquenta e sete) ao Hospital B. Para facilitar a compreensão da população e cálculo da amostra a Tabela 1 contém uma síntese desses valores.

Tabela 1 - População e Amostra

	HOSPITAL A	HOSPITAL B
Enfermeiros	330	215
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	1.580	955
Total de colaboradores Hospitalais	1.910	1.170
População total	3.080	
Amostra calculada para pesquisa	342	
Retorno de respostas	190	157
	347	

Fonte: elaborado pela autora

Cabe destacar que os valores da população de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem são aproximados e foram fornecidos pelo próprio hospital onde foi realizada a pesquisa, com base no número de profissionais que estes possuíam no momento do fornecimento desses dados (junho de 2014).

### 3.2.1 Critérios de inclusão

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão dos participantes que constituíram este estudo, nos Hospitais pesquisados:

- Desempenhar função/cargo de Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem;
- Trabalhar há pelo menos um ano, independentemente do cargo ou função desempenhada;
- Consentir sua participação no estudo juntamente à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Apêndices A e B.

### 3.2.2 Critérios de exclusão:

Não participaram dessa pesquisa os colaboradores da equipe de Enfermagem dos hospitais pesquisados que estavam em período de férias, laudo, atestado, em licença de qualquer natureza ou em contrato temporário, bem como aqueles que não consentiram sua participação por meio da assinatura do TCLE.

### **3.3 Aspectos éticos**

Para o desenvolvimento do estudo, este projeto foi registrado no Gabinete de Estudos e Apoio Institucional Comunitário (GEAIC) do Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob o número de registro 034197, tendo o título “Liderança, Comprometimento, Entrincheiramento e Consentimento Organizacional: relação entre a percepção dos colaboradores quanto ao estilo de liderança dos gestores e os vínculos do trabalhador com a organização”.

Depois da realização do exame de qualificação e o fornecimento, por parte das instituições participantes, do termo de autorização para realização da pesquisa o referido projeto (ver Anexos A e B) foi registrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 34690314.7.0000.5346.

Posteriormente, o projeto foi protocolado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM o qual é reconhecido pela Comissão de Ética em Pesquisa (CONEP), respeitando a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional em Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), tendo como título da pesquisa “Vínculos do trabalhador com a organização e os Estilos de liderança dos gestores: uma análise da equipe de Enfermagem de Hospitais públicos e privados”.

Após a aprovação do CEP da universidade, em 11 de setembro de 2014, sob o número de parecer 788.478 (ver Anexo C) o mesmo foi encaminhado às duas organizações hospitalares coparticipantes da pesquisa para avaliação dos seus respectivos comitês de ética. O Hospital A aprovou sua participação no estudo em 26 de setembro de 2014, sob o número de parecer 809.156 (ver Anexo D). Já o Hospital B consentiu sua participação na pesquisa em 09 de outubro de 2014, sob o número de parecer 825.835 (ver Anexo E). Somente após a autorização dos três comitês de éticas a pesquisadora pode dar início a coleta de dados, no final do mês de outubro de 2014.

Evidencia-se, para tanto que essa dissertação, bem como o TCLE do Hospital A (Apêndice A), o TCLE do Hospital B (Apêndice B), o Termo de Confidencialidade (Apêndice C) e o protocolo de coleta de dados - questionário (Apêndice D) seguiram todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do CNS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, e das demais normas complementares do Conselho Nacional de Saúde. Foram assegurados a todos participantes do estudo esclarecimentos acerca da pesquisa, bem como, foi garantido aos mesmos que a qualquer momento poderiam retirar o seu

Consentimento de participação, sem penalização alguma, logo, a participação era facultativa. Também, garantiu-se a confidencialidade dos dados pela pesquisadora e o sigilo da identidade dos participantes (os instrumentos foram identificados por números, não foram nomeados) e dos Hospitais no momento da publicação dos resultados.

Destaca-se que o TCLE foi assinado pelo pesquisado e pela pesquisadora mestranda, sendo uma via arquivada pela pesquisadora coordenadora e a outra entregue ao pesquisado. Salienta-se que os dados coletados ficarão a disposição dos participantes da pesquisa, arquivados na sala 4205, prédio 74C do Campus da UFSM, sob responsabilidade da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vânia Medianeira Flores Costa (orientadora e pesquisadora coordenadora), durante o período de cinco anos, conforme a Lei dos Direitos Autorais n<sup>o</sup>. 9.610 (BRASIL, 1998). Após o referido período essa documentação deve ser incinerada.

### 3.3.1 Riscos do estudo

Os participantes desta pesquisa se expuseram a riscos mínimos como: cansaço e desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário, devido a sua extensão.

### 3.3.2 Benefícios do estudo

Os benefícios para os participantes desta pesquisa são indiretos. Acredita-se que as informações coletadas contribuem para o avanço do conhecimento na área de Comportamento Organizacional, Gestão de Pessoas e Enfermagem, o qual será difundido em formato de dissertação e artigos com fins acadêmicos e científicos. Também contribui para que novas pesquisas possam ser desenvolvidas sobre as temáticas abordadas pelo estudo. Além disso, beneficia as organizações participantes, fornecendo subsídios que sirvam para a implementação de práticas mais coerentes com o contexto ao qual estão inseridas, adequando estas instituições às necessidades do mercado.

## **3.4 Definição e operacionalização das variáveis**

Com base na revisão de literatura acerca dos vínculos do trabalhador com a organização – Comprometimento, Entrincheiramento e Consentimento Organizacional – e os

Estilos de liderança, são mencionadas, a seguir, as definições dessas variáveis de interesse de investigação, bem como suas operacionalizações, conforme descritos no Quadro 8.

(continua)

Construto	Definição	Dimensão	Definição	Nº de itens	Operacionalização
<b>Comprometimento Organizacional</b>	Trata-se de um estado psicológico que caracteriza a relação do indivíduo com a organização (MEYER e ALLEN, 1991).	Afetivo	Apego à organização, resultante de experiências anteriores que promovem sensação confortável dentro da mesma e competência no trabalho.	10	Escores obtidos na escala de Comprometimento Organizacional de Bastos et al. (2011).
		Instrumental	Envolve a avaliação dos custos associados à saída da organização, e que resulta da magnitude e o número de investimentos feito pelo trabalhador na organização e a falta de alternativas no mercado.	8	
		Normativo	Relacionado à adesão às normas e objetivos da organização, a partir de pressões Normativas ela introjetadas, que ocorrem no processo de socialização primário e após a entrada na organização.	5	
<b>Entrincamento Organizacional</b>	O trabalhador entrincheirado busca em sua organização uma forma de proteção, segurança, garantia de estabilidade, manutenção de seus status quo e evitação de outras perdas associadas à sua saída (RODRIGUES, 2009).	Ajustamentos à Posição Social	Investimentos do indivíduo nas condições necessárias para adaptação e bom desempenho na organização e na função em que se encontra.	8	Escores obtidos na escala de Entrincheiramento Organizacional de Rodrigues (2009).
		Limitação de Alternativas	Dificuldade de perceber outras oportunidades de emprego disponíveis.	7	
		Arranjos Burocráticos Impessoais	Estabilidade e ganhos financeiros que seriam perdidos caso deixasse a organização.	7	

(continuação)

Construto	Definição	Dimensão	Definição	Nº de itens	Operacionalização
Consentimento Organizacional	Tendência do indivíduo em obedecer ao ser superior hierárquico. Apresenta disposição para cumprir ordens, regras ou normas estabelecidas pela organização à qual trabalha (SILVA, 2009).	Obediência Cega	Cumprimento automático da ordem, sem uma avaliação ou julgamento a seu respeito ou quando não compreende o seu significado, mas mesmo assim, a realiza.	11	Escore obtido na escala de Consentimento Organizacional de Silva (2009).
		Aceitação Íntima	Cumprimento de normas e regras estabelecidas em função de uma concordância autêntica com as mesmas. Existe uma crença de que as normas e regras aplicadas constituem o melhor procedimento para a organização.	6	
Liderança Transacional	Refere-se às trocas estabelecidas no relacionamento entre líder e seguidos, cuja finalidade seja satisfazer os interesses de ambos (BASS, 1999).	Recompensa contingente	Baseado no reforçamento constante por parte dos líderes dos comportamentos esperados pelos liderados – ideia de troca	3	Escore obtido na escala MLQ de Bass e Avolio (1992 apud NORTHOUSE, 2004) adaptada por Moscon (2013).
		Gerência pela exceção	Relacionamento em que o <i>feedback</i> ao liderado se dá apenas quando ocorre um erro ou um problema.	3	
Liderança Transformacional	Trata-se da influência do líder em conseguir que o liderado transcenda seus próprios interesses em favor da organização e tenha um desempenho extra papel (MARQUES et al., 2007).	Carisma ou influência idealizada	Baseada em modelo que desperte admiração, respeito e confiança do liderado para com o líder.	3	Escore obtido na escala MLQ de Bass e Avolio (1992 apud NORTHOUSE, 2004) adaptada por Moscon (2013).
		Motivação inspiracional	Obtém adesão por meio do uso de símbolos ou apelos emocionais, fazendo com que subordinados exerçam esforços para o alcance dos resultados organizacionais.	3	

(conclusão)

Construto	Definição	Dimensão	Definição	Nº de itens	Operacionalização
	Trata-se da influência do líder em conseguir que o liderado transcenda seus próprios interesses em favor da organização e tenha um desempenho extra papel (MARQUES et al., 2007).	Estimulação intelectual	Estímulo à inovação e ao questionamento às formas habituais de realizar o trabalho.	3	Escores obtidos na escala MLQ de Bass e Avolio (1992 apud NORTHOUSE, 2004) adaptada por Moscon (2013).
		Consideração individualizada	Atenção e suporte oferecido de forma individualizada, a partir do reconhecimento de que os desejos e necessidades são específicas e merecem tratamento particular.	3	
<b>Ausência de liderança</b>	Líder abre mão ou ignora a sua responsabilidade, não assume objetivos definidos e adia a tomada de decisões importantes (BASS e AVOLIO, 1992 apud NORTHOUSE, 2004). Nessa situação não se observa nem a troca entre líderes e subordinados, nem o empenho do líder em dar suporte e desenvolver a sua equipe (MOSCON, 2013).			3	Escores obtidos na escala MLQ de Bass e Avolio (1992 apud NORTHOUSE, 2004) adaptada por Moscon (2013).

Quadro 8 - Definição e operacionalização dos construtos e suas dimensões

Fonte: elaborado pela autora

### 3.5 Instrumento e Coleta de dados

A coleta de dados dessa dissertação foi realizada pela pesquisadora mestranda no período compreendido entre outubro e dezembro de 2014, junto aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem dos Hospitais A e B, na cidade de Porto Alegre/RS. Cada participante foi abordado individualmente ou em pequenos grupos, no seu próprio local de trabalho (unidade ou setor), sendo informado sobre do que se tratava a pesquisa, com vista a esclarecer possíveis dúvidas ou dificuldades de compreensão do questionário. Ao estar de acordo em integrar ao estudo e, após assinar o TCLE, entregou-se o instrumento de pesquisa e foi acordada uma data para seu recolhimento.

Para a coleta de dados utilizou-se um protocolo de pesquisa (questionário) com itens fechados, composto por três partes: Parte I - Dados pessoais e ocupacionais; Parte II - Vínculos do trabalhador com a Organização; e, Parte III – Estilos de Liderança (ver Apêndice

C). Ressalta-se a opção por questões fechadas, pois, segundo Malhotra (2012), este método apresenta algumas vantagens, tais como: possuir menores custos, possibilitar a aplicação para uma grande quantidade de pessoas em um mesmo período de tempo, permitir o preenchimento sem haver pressões e ou necessidade de um momento apropriado, e ainda, garantir a mensuração dos dados com uniformidade decorrente da padronização e impessoalidade existente nas respostas.

A primeira parte do questionário (Dados pessoais e ocupacionais) foi composta 12 questões visando obter os dados de identificação dos respondentes, sendo estas: idade, sexo, escolaridade, estado civil, filhos, tipo de instituição hospitalar, função, unidade de trabalho/turno/carga horária semanal, tempo de profissão/carreira, período de atuação na organização, responsabilidade pela manutenção da família e renda salarial.

Posteriormente, utilizou-se as escalas de Comprometimento Organizacional (BASTOS et al., 2011), de Entrincheiramento Organizacional (RODRIGUES, 2009) e de Consentimento Organizacional (SILVA, 2009) para avaliar o vínculo do trabalhador com a organização. Como já destacado anteriormente, ambas as escalas foram construídas e validadas pelo grupo de pesquisa “Núcleo de Estudos Indivíduo, Organizações e Trabalho”, da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Para mensurar a variável *Comprometimento Organizacional* aplicou-se a escala de Bastos et al. (2011) composta por três dimensões (Afetivo, Instrumental e Normativo) e 23 itens, apresentados no Quadro 9.

(continua)

COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL			
Dimensão	Item Quest.	Código	Questão
Afetivo	4	A14	A organização em que trabalho realmente inspira o melhor de mim para meu progresso no desempenho do trabalho.
	7	A17	Eu realmente me interessar pelo destino da organização onde trabalho.
	14	A02	Eu realmente sinto os problemas dessa organização como se fossem meus.
	16	A08	Sinto os objetivos de minha organização como se fossem meus.
	19	A12	Eu acho que os meus valores são muito similares aos valores defendidos pela organização onde trabalho.
	24	A06	Eu não me sinto emocionalmente vinculado a essa organização.
	29	A11	Conversando com amigos, eu sempre me refiro a essa organização como uma instituição para a qual é ótimo trabalhar.
	45	A05	Essa organização tem um imenso significado pessoal pra mim.
	51	A13	Eu me sinto orgulhoso dizendo às pessoas que sou parte da organização onde trabalho.
58	A07	Sinto que existe uma forte ligação Afetiva entre mim e minha organização.	

(conclusão)

COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL			
Dimensão	Item Quest.	Código	Questão
Instrumental	2	I04	Para mim, os custos de deixar essa organização seriam maiores que os benefícios.
	8	I10	Eu acho que teria poucas alternativas de emprego se deixasse essa organização.
	10	I12	Mantenho-me nessa organização porque sinto que não conseguiria facilmente entrar em outra organização.
	17	I02	Seria muito custoso para mim trocar de organização.
	18	I03	Deixar essa organização agora exigiria consideráveis sacrifícios pessoais.
	20	I05	Mesmo se eu quisesse, seria muito difícil para mim deixar essa organização agora.
	21	I08	Não abandono essa organização devido às perdas que me prejudicariam.
	55	I07	Muitas coisas em minha vida ficariam complicadas se eu decidisse sair dessa organização agora.
Normativo	11	N03	Eu me sentiria culpado se deixasse essa organização agora.
	22	N02	Mesmo se fosse vantagem pra mim, eu sinto que não seria certo deixar essa organização agora.
	34	N05	Eu não deixaria essa organização agora porque eu tenho uma obrigação moral com as pessoas daqui.
	52	N07	Sinto-me em dívida para com essa organização.
	59	N08	Se recebesse uma oferta de melhor emprego, não seria correto deixar essa organização.

Quadro 9 - Escala de Comprometimento Organizacional

Fonte: elaborado pela autora, com base em Bastos et al. (2011)

Esta escala foi escolhida por se tratar de uma medida multidimensional que apresenta qualidades psicométricas adequadas e com bons coeficientes de confiabilidade. Bastos et al. (2011) afirmam ter encontrado *alphas de Cronbach* de 0,88 para o Comprometimento Afetivo, 0,80 para o Instrumental e 0,76 para o Normativo. Entretanto cabe destacar que, para fins de análise posteriormente realizada, o item 24 (*Eu não me sinto emocionalmente vinculado a essa organização*) necessitou ser invertida, pois corresponde a uma assertiva negativa para o vínculo.

Para mensurar a variável *Entrincheiramento Organizacional* foi aplicada a escala de Rodrigues (2009) composta por três dimensões (Ajustamentos à Posição Social, Limitação de Alternativas e Arranjos Burocráticos Impessoais) e 22 itens, de acordo com o Quadro 10.

ENTRINCHEIRAMENTO ORGANIZACIONAL			
Dimensão	Item Quest.	Código	Questão
Ajustamentos à Posição Social	5	ES1	Eu investi muito tempo no meu aprendizado dentro dessa organização para deixá-la agora.
	30	ES5	Se deixasse essa organização, sentiria como se estivesse desperdiçando anos de dedicação.
	33	ES8	Um dos motivos pelos quais não mudo de organização são os relacionamentos que já estabeleci com os colegas.
	37	ES9	Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu jogaria fora todos os esforços que fiz para chegar aonde cheguei dentro dessa empresa.
	38	ES11	Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu levaria muito tempo para me acostumar a uma nova função.
	50	ES7	Sair dessa organização significaria, para mim, perder parte importante da minha rede de relacionamentos.
	57	ES10	Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu demoraria a conseguir ser tão respeitado como sou hoje dentro dessa empresa.
	60	ES12	Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu estaria jogando fora todo o esforço que fiz para aprender as tarefas do meu cargo atual.
Limitação de Alternativas	1	IL5	Mantenho-me nessa organização porque sinto que tenho poucas oportunidades em outras organizações.
	8	IL2	Eu acho que teria poucas alternativas de emprego se deixasse essa organização.
	10	IL4	Mantenho-me nessa organização porque sinto que não conseguiria facilmente entrar em outra organização.
	15	EL4	Meu perfil profissional não favorece minha inserção em outras organizações.
	26	IL3	Uma das poucas consequências negativas de deixar essa organização seria a falta de alternativas.
	27	ES4	Seria difícil encontrar outro emprego onde eu pudesse usar os conhecimentos de trabalho que adquiri nesta empresa.
	43	EL3	A especificidade do meu conhecimento dificulta minha inserção em outras organizações.
Arranjos Burocráticos Impessoais	3	EB1	Se eu deixasse essa organização, minha estabilidade seria ameaçada.
	25	EB5	O que me prende a essa organização são os benefícios financeiros que ela me proporciona.
	35	EB2	Os benefícios que recebo nessa organização seriam perdidos se eu saísse agora.
	39	EB3	Sair dessa organização agora resultaria em perdas financeiras.
	41	EB4	Sinto que mudar de empresa colocaria em risco a minha estabilidade financeira.
	48	EB7	Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu deixaria de receber vários benefícios que essa empresa oferece aos seus empregados (vale transporte, convênios médicos, vale refeição, etc.).
	54	EL6	Não seria fácil encontrar outra organização que me oferecesse o mesmo retorno financeiro que essa.

Quadro 10 - Escala de Entrincheiramento Organizacional

Fonte: elaborado pela autora, com base em Rodrigues (2009)

De acordo com Rodrigues (2009), os fatores da escala de Entrincheiramento Organizacional apresentaram consistência interna satisfatória, e a composição dos itens para cada dimensão demonstrou ser estável e generalizável. A autora encontrou em seu estudo

*alphas de Cronbach* de 0,80 para a dimensão Ajustamentos à Posição Social, 0,79 para Limitação de Alternativas e 0,77 para Arranjos Burocráticos Impessoais.

E, para mensurar a variável *Consentimento Organizacional* foi utilizada a escala de Silva (2009) composta por duas dimensões (Obediência Cega e Aceitação Íntima) e 17 itens no total, apresentados no Quadro 11.

CONSENTIMENTO ORGANIZACIONAL			
Dimensão	Item	Código	Questão
Obediência Cega	6	OC8	Faço o que meu chefe manda porque acredito que é o mais correto a ser feito.
	9	OC12	Acredito que, quando recebo uma ordem, a responsabilidade pelo que faço é do meu superior.
	13	OC1	Algumas regras eu obedeco mesmo sem saber para que servem.
	28	OC3	Mesmo quando as coisas me incomodam no trabalho, eu faço o que foi mandado.
	31	OC10	Cumpro as ordens que recebo porque meu superior sabe, melhor do que eu, o que deve ser feito.
	32	OC6	Eu sempre obedeco o que meus chefes me mandam fazer no trabalho.
	40	OC4	Eu sempre cumpro as ordens nessa empresa.
	44	OC9	Eu faço o que meu chefe manda porque confio nele.
	46	OC11	Os superiores têm autoridade, cabendo aos empregados apenas cumprir as ordens.
	47	OC5	Quando não concordo com uma ordem no trabalho, eu cumpro assim mesmo.
	49	OC7	Se o chefe manda, a gente tem que fazer.
Aceitação Íntima	12	OA3	A minha forma de pensar é muito parecida com a da empresa.
	23	OA4	Aceito as normas da empresa porque concordo com elas.
	36	OA7	Aceito a maioria das regras/ordens que me são impostas porque acredito no benefício delas.
	42	OA8	Compreendo o significado das regras e as aceito porque sei que elas melhoram o desempenho da empresa.
	53	OA1	Sigo as ordens da empresa porque as aprovo.
	56	OA6	Se eu tivesse uma empresa, escolheria as mesmas normas da empresa em que trabalho.

Quadro 11 - Escala de Consentimento Organizacional

Fonte: elaborado pela autora, com base em Silva (2009)

Silva (2009) encontrou em sua pesquisa valores de *alpha de Cronbach* de 0,87, 0,82 para as dimensões Obediência Cega e Aceitação Íntima, respectivamente. Conforme a autora, esses resultados permitiram avaliar a consistência interna dos fatores, indicando um bom ajuste quanto à medida de fidedignidade da escala proposta.

Além dessas escalas foi aplicado o MLQ *Form 6S* proposto por Bass e Avolio (1992 apud NORTHOUSE, 2004), traduzido e adaptado por Moscon (2013) para medir os Estilos de

liderança dos gestores, composta por 21 questões divididas, em sete fatores: dois transacionais, quatro transformacionais e um Ausência de liderança, conforme descrito no Quadro 12.

ESTILOS DE LIDERANÇA				
	Dimensão	Item	Código	Questão
TRANSACIONAL	Recompensa contingente	5	RC1	Meu superior imediato diz a mim e aos meus colegas o que fazer se quisermos ser recompensados pelo nosso trabalho.
		12	RC2	Meu superior imediato reconhece/recompensa quando eu e meus colegas alcançamos as metas.
		19	RC3	Meu superior imediato chama a atenção para o que eu e meus colegas podemos conseguir pelo que realizamos.
	Gerência pela exceção	6	GE1	Meu superior imediato fica satisfeito quando os empregados atingem os padrões desejados.
		13	GE2	Enquanto as coisas estiverem funcionando meu superior imediato não tenta mudar nada.
		20	GE3	Meu superior imediato diz os padrões que eu e meus colegas temos que saber para conduzir o nosso trabalho.
TRANSFORMACIONAL	Carisma ou influência idealizada	1	II1	O meu superior imediato faz eu e meus colegas nos sentirmos bem ao seu lado.
		8	II2	Eu e meus colegas temos plena confiança em nosso superior imediato.
		15	II3	Eu e meus colegas sentimos orgulho de trabalhar com nosso superior imediato.
	Motivação inspiracional	2	MI1	O meu superior imediato expressa com poucas palavras o que eu e meus colegas poderíamos e deveríamos fazer.
		9	MI2	O meu superior imediato passa uma imagem empolgante sobre o que eu e meus colegas podemos fazer.
		16	MI3	Meu superior imediato ajuda a mim e aos meus colegas a encontrarmos significado no nosso trabalho.
	Estimulação intelectual	3	EI1	O meu superior imediato faz com que eu e meus colegas pensemos sobre os antigos problemas de uma nova maneira.
		10	EI2	O meu superior imediato proporciona a mim e aos meus colegas novas maneira de olhar para as coisas problemáticas.
		17	EI3	O meu superior imediato consegue que eu e meus colegas repensemos ideias que nós nunca havíamos questionado antes.
	Consideração individualizada	4	CI1	O meu superior imediato ajuda no desenvolvimento meu e de meus colegas.
		11	CI2	Meu superior imediato deixa que eu e meus colegas saibamos o que ele acha do que estamos fazendo.
		18	CI3	Meu superior imediato dá atenção pessoal aos empregados que parecem rejeitados.
AUSÊNCIA DE LIDERANÇA		7	AL1	O meu superior imediato se contenta em deixar que os empregados continuem trabalhando da mesma forma de sempre.
		14	AL2	Não importa o que eu e meus colegas queremos fazer, está tudo bem para o nosso superior imediato.
		21	AL3	Meu superior imediato pergunta a mim e aos meus colegas somente o que é absolutamente essencial.

Quadro 12 - Escala de Liderança

Fonte: elaborado pela autora, com base em Moscon (2013)

É importante explicar que utilizou-se a adaptação da escala MLQ realizada por Moscon (2013), pois o instrumento original, de Bass e Avolio (1992 apud NORTHOUSE, 2004) foi proposto para auto avaliação do líder. Entretanto, esta pesquisa mediu a percepção dos colaboradores da equipe de Enfermagem dos hospitais pesquisado acerca do estilo de liderança dos seus superiores imediatos, logo, foram apresentadas questões aos “subordinados” para avaliação da sua chefia imediata. Evidencia-se que os *alpha de Cronbach* relativos a essa escala não foram apresentados por Moscon (2013) em seu estudo, dessa forma não foi possível destacá-los.

Nos questionários originais as escalas são medidas em *Likert* de 6 pontos, contudo, em função de o instrumentos proposto possuir um grande número de alternativas realizou-se uma adaptação da mesma, e estas foram apresentadas para serem avaliadas em formato *Likert* sob a forma de 5 pontos. Essa atitude tomada corrobora com o exposto por Vieira e Dalmoro (2008), que afirmam que em questionários que envolvem um grande número de questões, deve-se optar por escalas menores para diminuir o número total de opções a serem analisadas. Frente a esse entendimento, optou-se por adaptar as escalas, conforme demonstra a Figura 17.

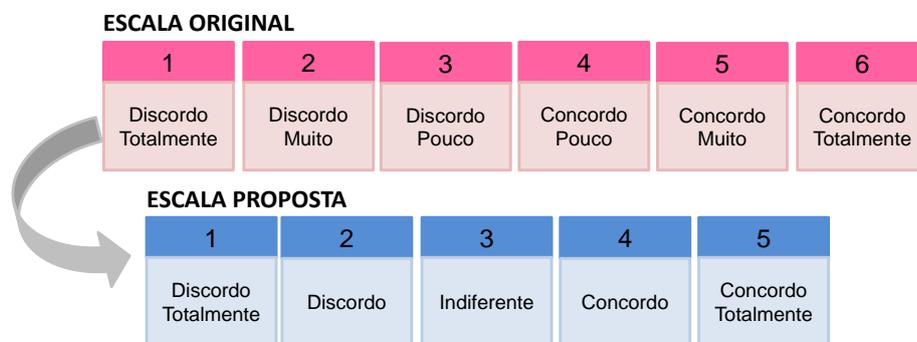


Figura 17 - Transformação das escalas dos modelos utilizados

Fonte: elaborado pela autora

Logo, como forma de elucidar o instrumento de pesquisa que foi utilizado para coleta dos dados, na Figura 18 apresenta-se a representação do questionário. Cabe salientar que os itens número 8 e 10 da Parte II do questionário – Vínculos do trabalhador com a Organização – são repetidos nos construtos Comprometimento Organizacional – dimensão Instrumental e Enrincheiramento Organizacional – dimensão Limitação de Alternativas, pois mensuram questionamentos simultaneamente das duas bases.

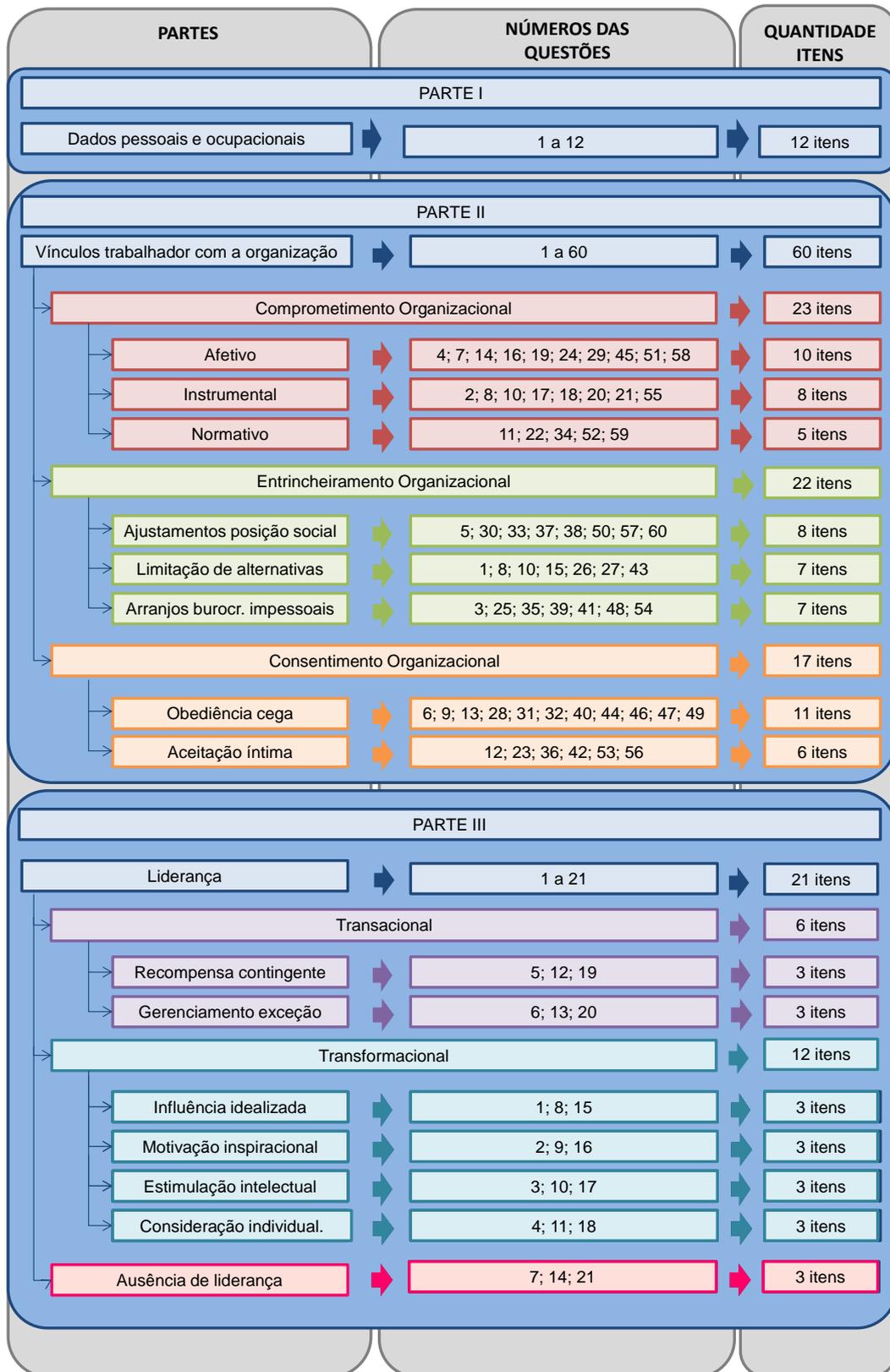


Figura 18 - Representação do questionário

Fonte: elaborado pela autora

### 3.6 Técnica de Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada quantitativamente com o auxílio dos *softwares* “Microsoft Excel” versão 2010, “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) versão 18 e “Statistical Analysis System” (SAS) versão 9.1. Para tanto, primeiramente foi realizada a análise descritiva, com o intuito de investigar a exatidão dos dados, a distribuição de casos omissos, o tamanho da descrição da amostra, os casos extremos e a distribuição das variáveis. Posterior a isso, foi calculado o indicador de consistência interna *alpha de Cronbach*, com o propósito de averiguar a confiabilidade dos construtos.

De acordo com Hair Jr. et al. (2007), o coeficiente de confiabilidade trata-se de uma medida de diagnóstico, que tem o intuito de medir a correlação entre as respostas de um dado instrumento, por meio das respostas dadas pelos respondentes, apresentando, assim, uma correlação entre as médias. Segundo os autores, esse coeficiente pode variar de 0 a 1, sendo que os valores superiores a 0,7 indicam confiabilidade satisfatória da consistência interna, podendo este chegar a 0,6 em pesquisas exploratórias ou dependendo do tipo de estudo desenvolvido. No Quadro 13 apresenta-se uma categorização sugerida pelo autor para classificar os índices de consistência interna obtido.

VALORES DE ALPHA DE CRONBACH	CLASSIFICAÇÃO PARA CONSISTÊNCIA INTERNA
Superior a 0,9	Excelente
Superior a 0,8	Muito bom
Superior a 0,7	Bom

Quadro 13 - Classificação para os índices de consistência interna

Fonte: elaborado pela autora, com base em Hair Jr. et al. (2007)

Para traçar o perfil dos pesquisados foram efetuadas estatísticas descritivas, por meio de cálculos de frequência relacionados às variáveis sócio demográficas pesquisadas. Para identificar os níveis dos construtos de “Vínculos com a Organização” e “Estilos de Liderança” realizou-se análise bivariada, com cálculos de estatística descritiva (tabelas de frequências, medidas de tendência central e de dispersão e padronização das médias dos construtos e das

dimensões), além de técnicas de comparação de grupos, com o intuito de comparar como as variáveis se desenvolvem nas instituições pesquisadas.

Por fim, para se caracterizar como os vínculos com a organização se relacionam com os estilos de liderança realizou-se análise de correlação entre os construtos, por meio do Coeficiente de Correlação de Pearson, com o objetivo de revelar a força de associação entre as variáveis. Cabe ressaltar que nos testes realizados considerou-se estatisticamente significantes as diferenças que representaram um  $p < 0,05$ . No Quadro 14 contempla-se um resumo dos procedimentos de análises dos dados realizados de acordo com cada objetivo elencado para este estudo, relacionando-os aos seus respectivos instrumentos de coleta.

<b>OBJETIVOS</b>	<b>INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS</b>	<b>PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS</b>
Descrever o perfil sócio demográfico dos colaboradores da equipe de Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) dos Hospitais Públicos e Privados pesquisados.	Parte I – Dados pessoais e ocupacionais	Tabelas de frequência
Identificar os níveis de Comprometimento, Enrincheiramento e Consentimento Organizacional dos colaboradores da equipe de Enfermagem e comparar a forma como estes se desenvolvem nas instituições pesquisadas;	Parte II – Vínculos do trabalhador com a Organização	Cálculo de estatísticas descritivas (tabelas de frequências, medidas de tendência central e de dispersão, padronização das médias dos construtos e das dimensões)  Técnicas de comparação de grupos
Verificar a percepção dos colaboradores da equipe de Enfermagem quanto ao estilo de gestão de seu superior imediato e comparar a forma como estes se desenvolvem nas instituições pesquisadas;	Parte III – Estilos de liderança	Cálculo de estatísticas descritivas (tabelas de frequências, medidas de tendência central e de dispersão, padronização das médias dos construtos e das dimensões)  Técnicas de comparação de grupos
Caracterizar a forma como os vínculos dos trabalhadores com a organização se relacionam com os Estilos de liderança dos gestores nos contextos de estudo;	Parte II – Vínculos do trabalhador com a Organização Parte III – Estilos de liderança	Análise de correlação - Coeficiente de correlação de Pearson

Quadro 14 - Procedimentos de análise dos dados por objetivo específico proposto

Fonte: elaborado pela autora

Com o propósito de identificar os níveis dos “Vínculos com a Organização” bem como dos “Estilos de Liderança”, os dados intervalares foram transformados em dados

categóricos, por meio de procedimentos de *Cluster Analysis*. A análise de *cluster*, segundo Haldiki, Batistakis e Vazirgiannis (2001) é uma técnica utilizada para descoberta de agrupamentos e identificação de importantes distribuições e padrões para entendimento dos dados em estatística. Malhotra (2012) corrobora o exposto, evidenciando que essa técnica de análise visa classificar objetos ou casos em grupos relativamente homogêneos, que podem ser chamados de agrupamentos. Para tanto, a categorização dos dados levou em conta o cálculo da média das respostas dos indivíduos em relação à escala *Likert* de 5 pontos utilizada no instrumento de pesquisa, definindo-se o parâmetro para a classificação dos *clusters*, a partir do escore padronizado (*Sp*), conforme a fórmula exposta na Figura 19.

$$Sp = 100. \left( \frac{\sum \text{Valores respondidos} - \sum \text{Valor Mínimo}}{\sum \text{Valor Máximo} - \sum \text{Valor Mínimo}} \right)$$

onde:  
*Sp* = escore padronizado;  
 $\sum$  valores respondidos = somatório dos valores respondidos pelos participantes para um determinado conjunto de questões (construtos);  
 $\sum$  valor mínimo = é a menor soma possível dos valores a serem respondidos pelos participantes para um determinado conjunto de questões (construtos);  
 $\sum$  valor máximo = é a maior soma possível dos valores a serem respondidos pelos participantes para um determinado conjunto de questões (construtos).

Figura 19 - Fórmula para cálculo dos *clusters*

Fonte: Lima (2013)

De posse das médias de cada construto, as mesmas foram padronizadas entre 0% a 100%, sendo convencionados três agrupamentos distintos, quais sejam: *alto*, com média de 66,67% a 100%, *médio*, com média de 33,34% a 66,66% e *baixo*, com média de 0% a 33,33%, conforme apresentados no Quadro 15.

<b>MÉDIA</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>CONSTRUTOS E DIMENSÕES</b>
0% a 33,33%	Baixo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comprometimento Organizacional (Afetivo, Instrumental e Normativo)</li> <li>▪ Entrincheiramento Organizacional (Ajustamentos a Posição Social, Limitação de Alternativas e Arranjos Burocráticos Impessoais)</li> <li>▪ Consentimento Organizacional (Obediência Cega e Aceitação Íntima)</li> <li>▪ Estilos de liderança (Transacional, Transformacional e Ausência de liderança)</li> </ul>
33,34% a 66,66%	Médio	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comprometimento Organizacional (Afetivo, Instrumental e Normativo)</li> <li>▪ Entrincheiramento Organizacional (Ajustamentos a Posição Social, Limitação de Alternativas e Arranjos Burocráticos Impessoais)</li> <li>▪ Consentimento Organizacional (Obediência Cega e Aceitação Íntima)</li> <li>▪ Estilos de liderança (Transacional, Transformacional e Ausência de liderança)</li> </ul>
66,67% a 100%	Alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comprometimento Organizacional (Afetivo, Instrumental e Normativo)</li> <li>▪ Entrincheiramento Organizacional (Ajustamentos a Posição Social, Limitação de Alternativas e Arranjos Burocráticos Impessoais)</li> <li>▪ Consentimento Organizacional (Obediência Cega e Aceitação Íntima)</li> <li>▪ Estilos de liderança (Transacional, Transformacional e Ausência de liderança)</li> </ul>

Quadro 15 - Convenção das categorias (*clusters*)

Fonte: elaborado pela autora

Essa padronização teve o intuito de esclarecer o nível atingido por cada construto utilizado no presente estudo. Para facilitar o processamento e análise dos dados foi utilizada uma legenda de siglas, de acordo com as variáveis apresentadas na Figura 20.

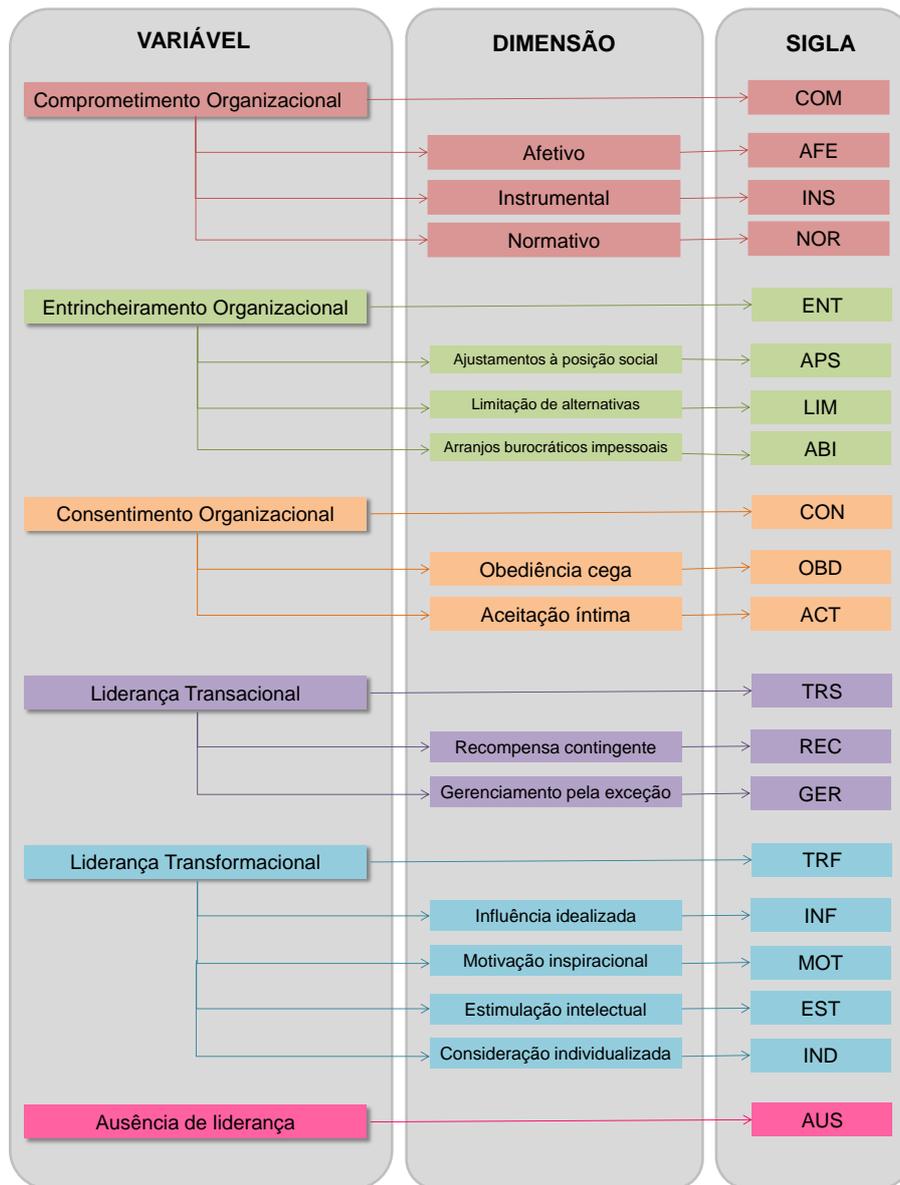


Figura 20 - Convenção de siglas que serão utilizadas na análise dos dados

Fonte: elaborado pela autora

Discorrido o percurso metodológico adotado e o modo como foram analisados os dados passa-se, no capítulo seguinte, para apresentação e análise dos resultados.



## CAPÍTULO 4

### APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O presente capítulo contempla os resultados da pesquisa, alinhados com os objetivos propostos no capítulo introdutório, bem como a discussão dos mesmos com base na literatura. Após a análise da amostra, estes resultados foram ponderados por meio de cinco enfoques, dispostos nas seções a seguir. Na primeira seção (item 4.1) é apresentado o perfil sócio demográfico dos participantes – geral e por tipo de instituição, e dos Hospitais A (público) e B (privado). No item 4.2, analisa-se a confiabilidade das escalas utilizadas no estudo, calculadas por meio do coeficiente *Alpha de Cronbach*.

Na terceira parte (item 4.3), identifica-se o nível dos vínculos de Comprometimento, Enrincheiramento e Consentimento Organizacional dos colaboradores da equipe de Enfermagem, comparando a forma como esses se desenvolvem em ambos os contextos pesquisados e nas diferentes categorias de profissionais participantes da pesquisa. Já o item 4.4 procura responder ao objetivo de verificar a percepção dos participantes quanto ao estilo de gestão do seu superior imediato, comparando como se desenvolvem nos hospitais públicos e privados. Por fim, no item 4.5, apresenta-se a relação que existe entre os vínculos que os trabalhadores estabelecem com a organização e os Estilos de liderança dos seus superiores imediatos.

#### **4.1 Caracterização do perfil dos participantes da pesquisa**

No intuito de responder ao primeiro objetivo específico que foi o de descrever o perfil sócio demográfico dos colaboradores da equipe de Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) dos Hospitais Públicos e Privados pesquisados, utilizou-se tabelas de frequências e medidas descritivas. Cabe lembrar que neste trabalho participaram 347 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de dois hospitais, um público e um privado, localizados na cidade de Porto Alegre/RS. A Tabela 2 contém o perfil geral desses participantes.

Tabela 2 – Perfil geral dos participantes e por tipo de instituição hospitalar

VARIÁVEIS		FREQ. (n=347)	%	Hospital A Público (n=190)		Hospital B Privado (n=157)	
				FREQ.	%	FREQ.	%
NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO	Público	190	54,76				
	Privado	157	45,24				
FUNÇÃO/CARGO	Enfermeiro (a)	81	23,55	46	13,37	35	10,17
	Técnico/Auxiliar Enferm.	263	76,45	142	41,28	121	35,17
FAIXA ETÁRIA	De 18 a 25 anos	30	8,67	9	2,60	21	6,07
	De 26 a 35 anos	145	41,91	74	21,39	71	20,52
	De 36 a 45 anos	99	28,61	52	15,03	47	13,58
	De 46 a 55 anos	57	16,47	39	11,27	18	5,20
	Mais de 55 anos	15	4,34	15	4,34	0	0,00
SEXO	Feminino	288	83,48	159	46,09	129	37,39
	Masculino	57	16,52	29	8,41	28	8,12
ESTADO CIVIL	Solteiro (a)	115	33,53	58	16,91	57	16,62
	Casado (a)	127	37,03	66	19,24	61	17,78
	Viúvo (a)	1	0,29	1	0,29	0	0,00
	Separado/Divorciado (a)	35	10,20	22	6,41	13	3,79
	União estável	65	18,95	40	11,66	25	7,29
ESCOLARIDADE	2º grau incompleto	7	2,05	5	1,47	2	0,59
	2º grau completo/Técnico	173	50,73	92	26,98	81	23,75
	Superior incompleto	63	18,48	28	8,21	35	10,26
	Superior completo	45	13,20	31	9,09	14	4,11
	Especialização	48	14,08	28	8,21	20	5,87
	Mestrado	5	1,47	3	0,88	2	0,59
FILHOS	Não	120	34,68	62	17,92	58	16,76
	Sim	226	65,32	127	36,71	99	28,61
	Um	116	51,33	60	26,55	56	24,78
	Dois	82	36,28	47	20,80	35	15,49
	Três	25	11,06	17	7,52	8	3,54
	Quatro ou mais	3	1,33	3	1,33	0	0,00
TEMPO DE PROFISSÃO/CARREIRA	Até 5 anos	98	28,49	40	11,63	58	16,86
	De 6 a 10 anos	96	27,91	44	12,79	52	15,12
	De 11 a 20 anos	106	30,81	69	20,06	37	10,76
	Mais de 20 anos	44	12,79	36	10,47	8	2,33
TEMPO DE ATUAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO	De 1 a 5 anos	198	57,66	88	25,58	110	31,98
	De 6 a 10 anos	74	21,51	47	13,66	27	7,85
	De 11 a 20 anos	42	12,21	27	7,85	15	4,36
	Mais de 20 anos	30	8,72	27	7,85	3	0,87
RENDA	De 1 a 3 salários mínimos	152	44,19	38	11,05	114	33,14
	De 4 a 6 salários mínimos	136	39,53	100	29,07	36	10,47
	De 7 a 9 salários mínimos	42	12,21	36	10,47	6	1,74
	Mais de 10 salários mín.	14	4,07	14	4,07	0	0,00
GRAU DE RESPONSABILIDADE PELA MANUTENÇÃO FINANCEIRA DA FAMÍLIA	Único responsável	84	24,42	54	15,70	30	8,72
	Principal responsável, mas recebe ajuda	63	18,31	38	11,05	25	7,27
	Divide igualmente a responsabilidade	163	47,38	89	25,87	74	21,51
	Contribui apenas com uma pequena parte	30	8,72	8	2,33	22	6,40
	Não tem nenhuma responsabilidade financeira	4	1,16	0	0,00	4	1,16

Fonte: Dados da pesquisa

A partir do visualizado na Tabela 2 constata-se que a maior concentração dos participantes da pesquisa pertence à instituição pública, totalizando 190 pesquisados (54,76%), enquanto que na organização privada tem-se um total de 157 respondentes (45,24%). Destes, a maioria são técnicos ou auxiliares de enfermagem (263), que correspondem a 76,45% da amostra total, ao passo que 23,55% (81) são enfermeiros. Essa informação vem ao encontro da pesquisa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2013), que mapeou o perfil dos profissionais da área no território brasileiro, mostrando que, do total de profissionais inscritos, 20,46% eram enfermeiros, 45,50% técnicos de enfermagem e 33,09% auxiliares de enfermagem - esses dois últimos juntos representam 78,59%, corroborando a predominância dessa categoria nas instituições de saúde.

Quando se verifica essa distribuição por tipo de instituição hospitalar percebe-se a maioria de técnicos/auxiliares de enfermagem do Hospital A (público) - 41,28% da amostra geral, seguidos dos técnicos/auxiliares do Hospital B (privado), que corresponde a 35,17%. Já os participantes enfermeiros representam 13,37% do Hospital A e 10,17% do Hospital B.

Em relação à faixa etária dos pesquisados, a maior média de idades encontradas foi na faixa de 26 a 35 anos (41,91% total, 21,39% Hospital A e 20,52% Hospital B), seguidos da faixa de 36 a 45 anos (28,61% total, 15,03% Hospital A e 13,58% Hospital B). Ao analisar esses dois percentuais gerais têm-se mais de 70% da amostra com idades entre 26 e 45 anos. Esse dado corrobora o exposto por Lopes e Regis Filho (2004), os quais classificam o período de 30 a 50 anos como sendo o de maior produtividade e de melhor desempenho no trabalho, em profissionais da saúde. Além disso, os dados da pesquisa do COFEN (2013) apontam o predomínio de indivíduos na área com idade entre 26 e 35 anos, o qual representavam no estudo 35,08% do total de profissionais do Brasil.

No que tange ao sexo, a maioria são mulheres (83,28%, sendo 46,09% do Hospital A e 37,39% do Hospital B). Esta predominância na enfermagem é compartilhada por diversos autores (ALMEIDA et al., 2004; MARTINS et al., 2006; MACHADO et al., 2012; LIMA, 2013), e reproduz a característica histórica do setor, uma vez que a profissão é exercida quase que exclusivamente por mulheres desde os seus primórdios. Ainda esta informação é corroborada nos dados do COFEN (2013), que indicam também a maioria de profissionais de enfermagem do sexo feminino, correspondendo a 87,16% - se considerados somente a região sul esse número é ainda maior (88,67%).

Segundo Machado et al. (2012) a feminilização é uma característica forte do setor de saúde, sendo que em algumas profissões, como é o caso da Enfermagem, esse processo pode ultrapassar a 90%. Gelbcke, em 1991, afirmava que a área é constituída quase que

exclusivamente pelo sexo feminino, sendo o papel que a mulher desempenha na esfera social em grande parte responsável pela escolha da profissão.

Martins et al. (2006) apoiam essa constatação, destacando que existem relatos na literatura de que a maioria dos trabalhadores nos hospitais é do sexo feminino, principalmente na enfermagem, em função do padrão que é atribuído às estas em várias culturas, no qual a assistência e higienização de doentes são considerados “trabalho da mulher”. Entretanto, Machado et al. (2012) evidenciam um novo cenário com presença crescente do contingente masculino, que está esse mostrando-se como uma tendência.

Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes é casada (37,03%), mas também grande parte é solteira (33,53%), totalizando juntos 70,56% o que corrobora os dados do COFEN (2013). Na distribuição por tipo de instituição hospitalar é possível perceber que a maioria dos casados encontra-se no Hospital A (público) – 19,24%. Ainda, cabe ressaltar o percentual quase igual de solteiros entre os pesquisados de ambas as instituições – 16,91% Hospital A e 16,62% Hospital B.

Em relação à escolaridade, a maior parte (53,73%), possui 2º grau completo/técnico (sendo destes 26,98% do Hospital A e 23,75% do Hospital B), confirmando a maioria da amostra ser de técnicos ou auxiliares de enfermagem em ambas as organizações. No que se refere aos filhos, 65,32% possuem filhos, sendo em média um (51,33%) ou dois (36,28%). Observa-se que apenas no Hospital A (público) 3 participantes possuem quatro ou mais filhos.

No que diz respeito ao tempo de profissão, os dados que se apresentaram para a podem ser considerados homogêneos, nos quais 30,81% possuem de 11 a 20 anos de carreira, 28,49% tem até 5 anos e 27,91% tem de 6 a 10 anos de carreira. Já em relação ao tempo de atuação desses profissionais nas organizações, a maior parte encontra-se na faixa de 1 a 5 anos (57,66%, sendo desses 25,58% do Hospital A e 31,98% do Hospital B), evidenciando um corpo profissional mais recente e com menor tempo de empresa.

Quando se analisa essas informações por tipo de instituição verifica-se a maior porcentagem de 20,66% na faixa de 11 a 20 anos para o Hospital A (público) e 16,86% na faixa de até 5 anos para o Hospital B (privado). Sendo assim, é possível afirmar que os profissionais da organização privada participantes deste estudo possuem menos tempo de carreira que os da instituição pública. O mesmo constata-se em relação ao tempo de trabalho na empresa, no qual 110 pesquisados do Hospital B, ou seja, 31,98%, têm de 1 a 5 anos, em comparação a 25,58% do Hospital A, com o mesmo período de tempo.

Por fim, quanto à remuneração, predomina, com 44,19%, os profissionais que recebem de 1 a 3 salários mínimos, seguidos dos que ganham de 4 a 6 (39,53%), sendo que 47,38% divide igualmente a responsabilidade financeira da família com outra pessoa.

Analisando essas informações por tipo de hospital percebe-se que, de acordo com o exposto pelos participantes, os colaboradores da equipe de Enfermagem do Hospital A (público) são melhores remunerados que os do Hospital B (privado). Se somarmos as porcentagens das faixas de 4 até mais de 10 salários mínimos na instituição pública têm-se 43,61% da renda dos pesquisados, enquanto que a mesma porcentagem (43,61%) para a instituição privada concentra-se nas faixas de 1 a 6 salários mínimos.

Já quanto ao grau de responsabilidade pelo sustento financeiro da família por tipo de instituição, além do alto percentual para a opção “divide igualmente a responsabilidade com outra pessoa” para ambos os hospitais (Hospital A 25,87% e Hospital B 21,51%), observa-se uma parte considerável (15,70%) da amostra do Hospital A (público) como “único” ou “principal responsável” pelo sustento.

Sendo assim, em resumo, a caracterização geral do perfil demográfico dos participantes da pesquisa são predominantemente mulheres, técnicas ou auxiliares de enfermagem, casadas, com idade entre 26 e 35 anos, com um filho. Em termos ocupacionais observa-se a prevalência das profissionais atuando na instituição hospitalar pública, com 2º grau completo/Técnico, tempo de profissão de 11 a 20 anos e tempo de atuação na organização de 1 a 5 anos, com renda de 1 a 3 salários mínimos, dividindo igualmente com outra pessoa a responsabilidade financeira da família.

Após feitas essas considerações acerca do perfil geral e por tipo de instituição hospitalar dos participantes da pesquisa, a Tabela 3 contém a caracterização dos pesquisados do Hospital A (público) e do Hospital B (privado).

Tabela 3 – Perfil dos participantes do Hospital A e do Hospital B

VARIÁVEIS		HOSPITAL A PÚBLICO (n=190)		HOSPITAL B PRIVADO (n=157)	
		Frequência	%	Frequência	%
<b>FUNÇÃO/CARGO</b>	Enfermeiro (a)	46	24,47	35	22,44
	Técnico/Auxiliar de Enfermagem	142	75,53	121	77,56
<b>FAIXA ETÁRIA</b>	De 18 a 25 anos	9	4,76	21	13,38
	De 26 a 35 anos	74	39,15	71	45,22
	De 36 a 45 anos	52	27,51	47	29,94
	De 46 a 55 anos	39	20,63	18	11,46
	Mais de 55 anos	15	7,94	0	0,00
<b>SEXO</b>	Feminino	159	84,57	129	82,17
	Masculino	29	15,43	28	17,83
<b>ESTADO CIVIL</b>	Solteiro (a)	58	31,02	57	36,54
	Casado (a)	66	35,29	61	39,10
	Viúvo (a)	1	0,53	0	0,00
	Separado/Divorciado (a)	22	11,76	13	8,34
	União estável	40	21,40	25	16,02
<b>ESCOLARIDADE</b>	2º grau incompleto	5	2,67	2	1,30
	2º grau completo/Técnico	92	49,20	81	52,60
	Superior incompleto	28	14,97	35	22,73
	Superior completo	31	16,58	14	9,09
	Especialização	28	14,97	20	12,99
	Mestrado	3	1,60	2	1,30
<b>FILHOS</b>	Não	62	32,80	58	36,94
	Sim	127	67,20	99	63,06
	Um	60	47,24	56	56,57
	Dois	47	37,01	35	35,35
	Três	17	13,39	8	8,08
	Quatro ou mais	3	2,36	0	0,00
<b>TEMPO DE PROFISSÃO/CARREIRA</b>	Até 5 anos	40	21,16	58	37,42
	De 6 a 10 anos	44	23,28	52	33,55
	De 11 a 20 anos	69	36,51	37	23,87
	Mais de 20 anos	36	19,05	8	5,16
<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO</b>	De 1 a 5 anos	88	46,56	110	70,97
	De 6 a 10 anos	47	24,87	27	17,42
	De 11 a 20 anos	27	14,29	15	9,68
	Mais de 20 anos	27	14,29	3	1,94
<b>RENDA</b>	De 1 a 3 salários mínimos	38	20,21	114	73,08
	De 4 a 6 salários mínimos	100	53,19	36	23,08
	De 7 a 9 salários mínimos	36	19,15	6	3,85
	Mais de 10 salários mínimos	14	7,45	0	0,00
<b>GRAU DE RESPONSABILIDADE PELA MANUTENÇÃO FINANCEIRA DA FAMÍLIA</b>	Único responsável	54	28,57	30	19,35
	Principal responsável, mas recebe ajuda de outra pessoa	38	20,11	25	16,13
	Divide igualmente a responsabilidade	89	47,09	74	47,74
	Contribui apenas com uma pequena parte	8	4,23	22	14,19
	Não tem nenhuma responsabilidade financeira	0	0,00	4	2,58

Fonte: Dados da pesquisa

Com base nos dados da Tabela 3, verifica-se que a amostra do Hospital A foi composta por 75,53% de técnicos/auxiliares de enfermagem e 24,47% de enfermeiros, a medida que a do Hospital B são 77,56% de técnicos/auxiliares de enfermagem e 22,44% de enfermeiros. Assim, percebe-se uma amostra homogênea na distribuição percentual dos participantes em relação aos cargos pesquisados, pois ambas as instituições compõem a amostra com índices, em torno de, 75% de técnicos/auxiliares de enfermagem e 25% de enfermeiros.

Quanto à idade dos pesquisados constata-se que nos dois hospitais a maior porcentagem está na faixa etária de 26 a 35 anos, sendo o valor de 45,22% apresentado pelo Hospital B, superior ao de 39,15% do Hospital A. Para esta variável destacam-se também as diferenças de valores na faixa de 18 a 25 anos, na qual o Hospital B apresentou índice de quase 9% a mais que o Hospital A, e a opção mais de 55 anos que no Hospital público apresentou-se em 7,94%, enquanto que no Hospital privado não obteve-se nenhum caso nesta opção.

Essas discrepâncias, de pessoas mais jovens no Hospital B e pessoas mais velhas no Hospital A, podem ser em função de que para ingressar na instituição pública é necessário realizar concurso público, sendo que para ser aprovado é necessário enfrentar uma longa rotina de estudos. Como esta questão não depende somente de querer trabalhar, mas sim de estar apto e ser classificado para poder começar, os profissionais provavelmente acabam por iniciar suas carreiras nas instituições privadas (justificando o índice mais alto de pessoas jovens nessas organizações) e após certo tempo, muitas vezes guiados pela expectativa de melhores salários e estabilidade, decidem partir para a segurança oferecida por uma instituição pública.

Já em relação ao sexo também percebe-se uma homogeneidade na distribuição percentual dos pesquisados, sendo predominantemente mulheres - 84,57% Hospital A e 82,17% Hospital B. No que diz respeito ao estado civil, como já evidenciado anteriormente na análise geral, a maioria são casados (Hospital A 35,29% e Hospital B 39,10%), seguidos dos solteiros (Hospital A 31,02% e Hospital B 36,54%), sendo semelhantes os índices em cada um desses casos para ambos os hospitais.

Na variável escolaridade destacam-se em ambas as instituições os maiores índices (Hospital A 49,20% e Hospital B 52,60%) na opção “2º grau completo/técnico”, confirmando os achados no cargo ser em maior percentual de técnicos de enfermagem. Além disso, aponta-se a porcentagem mais elevada de pesquisados com ensino superior completo, especialização e mestrado no hospital público (33,15%) do que no privado (23,38%). Sobre a variável

“filhos”, nos dois hospitais predomina os que possuem um ou dois (Hospital A 84,25% e Hospital B 91,92%), sendo que apenas no público verifica-se a opção “quatro ou mais”.

No que se refere às variáveis “tempo de profissão” e “tempo de atuação na organização” essas são as que mais apresentam disparidades entre os dados. Acerca do tempo de carreira, no Hospital A predomina a faixa de 11 a 20 anos, com 36,51%, enquanto que no Hospital B o maior percentual foi encontrado na opção até 5 anos, com 37,42%. Já em relação ao tempo de atuação na empresa, em ambos os casos verifica-se o maior percentual na faixa de 1 a 5 anos, entretanto, esse número é muito mais elevado para o Hospital B, com 70,97%, do que para o Hospital A, com 46,56%. Ainda quanto ao tempo de atuação, é importante ressaltar o índice superior de pesquisados com mais de 20 anos na instituição pública, com 14,29%, em comparação com a privada que obteve 1,94%. Acredita-se que essas constatações apoiam o revelado anteriormente no que diz respeito aos profissionais iniciarem suas carreiras na organização privada e, após certo tempo de profissão, optarem por realizar concurso e ingressar na instituição pública.

Na variável “renda” percebe-se uma valorização da remuneração dos profissionais do Hospital A (público), sendo que a maioria, ou seja, 53,19%, recebe de 4 a 6 salários mínimos, ao passo que no Hospital B (privado) a maior parcela, 73,08%, recebe de 1 a 3 salários mínimos. Ainda, a instituição pública apresenta um índice considerável de colaboradores recebendo mais de 10 salários mínimos (7,45%) enquanto na organização privada essa opção não é verificada. Essas informações corroboram com o estudo de Barbosa e Filho (2012), os quais afirmam que no Brasil os salários pagos pelo setor público são mais altos do que aqueles pagos pelo setor privado.

Por fim, no que diz respeito ao grau de responsabilidade pela manutenção financeira da família constata-se percentuais praticamente iguais no Hospital A, com 47,09%, e no Hospital B, 47,74%, para a opção “divide igualmente a responsabilidade com outra pessoa”.

Logo, em síntese, tem-se que para a amostra do Hospital A predominam as mulheres, técnicas/auxiliares de enfermagem, com idade entre 26 e 35 anos, casadas, com 2º grau completo/técnico e com um filho. Em relação aos dados ocupacionais, essas têm, na maioria, de 11 a 20 anos de carreira, atuando na instituição de 1 a 5 anos, com renda de 4 a 6 salários mínimos e dividindo igualmente a responsabilidade financeira da família com outra pessoa.

Já no Hospital B, os maiores percentuais da amostra foram para o sexo feminino, técnicas/auxiliares de enfermagem, com idade entre 26 e 35 anos, casadas, com 2º grau completo/Técnico e com um filho. Quanto aos dados ocupacionais, tem-se a maioria com até

5 anos de profissão e tempo de atuação na organização, recebendo de 1 a 3 salários mínimos e dividindo também a responsabilidade financeira com outro.

Na sequência, após apresentada esta etapa inicial da pesquisa que visou caracterizar o perfil dos participantes, geral e por tipo de instituição hospitalar, e ainda do Hospital A e do Hospital B, passa-se para a avaliação da confiabilidade das escalas, por meio do Coeficiente *alpha de Cronbach*.

#### **4.2 Avaliação da confiabilidade das escalas**

Com a finalidade de verificar a consistência interna das escalas utilizadas no presente estudo foi avaliado o Coeficiente *alpha de Cronbach*. Os valores obtidos nos construtos analisados (Comprometimento Organizacional, Enrincheiramento Organizacional, Consentimento Organizacional e Estilos de liderança – Transacional, Transformacional e Ausência de liderança) foram todos próximos ou acima de 0,7, portanto são considerados pela literatura um bom indicador de confiabilidade. Isto significa, no entendimento de Hair Jr. et al. (2007), que a resposta dos participantes estão apresentando coerência quanto ao instrumento composto pelas escalas.

Em relação ao cálculo dos coeficientes, cabe ressaltar que o trabalho de Moscon (2013), do qual se retirou a escala adaptada de Estilos de liderança (MLQ *Form 6s*) utilizada neste estudo, não apresentou a confiabilidade das mesmas. Desta forma, não foi possível realizar um comparativo entre os valores do *alpha de Cronbach*. Ainda, destaca-se que os valores de consistência para os construtos de Comprometimento, Enrincheiramento e Consentimento também não foram calculados nas pesquisas originais, sendo estes apresentados apenas para as dimensões que compõem cada um destes (Afetivo, Instrumental e Normativo; Ajustamentos à Posição Social, Limitação de Alternativas e Arranjos Burocráticos Impessoais; e, Obediência Cega e Aceitação Íntima). Sendo assim, a Tabela 4 contém os valores dos coeficientes encontrados nos trabalhos originais, por meio das escalas validadas, e os obtidos nesta pesquisa.

Tabela 4 - Confiabilidade das escalas

CONSTRUTOS	ALPHA DE CRONBACH	
	ORIGINAL	OBTIDO NA PESQUISA
<b>Comprometimento Organizacional</b>	Bastos et al. (2011)	0,87
Afetivo	0,88	0,83
Instrumental	0,80	0,82
Normativo	0,76	0,64
<b>Entrincheiramento Organizacional</b>	Rodrigues (2009)	0,87
Ajustamentos a Posição Social	0,80	0,79
Limitação de Alternativas	0,79	0,80
Arranjos Burocráticos Impessoais	0,77	0,80
<b>Consentimento Organizacional</b>	Silva (2009)	0,86
Obediência Cega	0,87	0,85
Aceitação Intima	0,82	0,80
<b>Estilos de liderança</b>	Moscon (2013)	
<b>Liderança Transacional</b>	***	0,73
<b>Liderança Transformacional</b>	***	0,95
<b>Ausência de Liderança</b>	***	0,62

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme os dados apresentados na Tabela 4, todos os construtos analisados apresentaram, de maneira geral, um bom coeficiente de *alpha de Cronbach* (próximo ou superior a 0,7). Evidencia-se a Liderança Transformacional com uma *excelente* consistência interna ( $\alpha=0,95$ ), os construtos Comprometimento Organizacional, Entrincheiramento Organizacional e Consentimento Organizacional com um coeficiente *muito bom* ( $\alpha=0,87$ ;  $\alpha=0,87$ ;  $\alpha=0,86$ , respectivamente) e a Liderança Transacional com a consistência *boa* ( $\alpha=0,73$ ). O único construto que apresentou valor abaixo de 0,7 foi Ausência de liderança ( $\alpha=0,62$ ).

O descrito no parágrafo anterior ocorre da mesma forma quando se analisa os valores das dimensões que compõem os construtos dos “Vínculos com a Organização”, ou seja, encontrou-se níveis bons de confiabilidade das escalas, pelo fato de todos os valores estarem próximos ou superiores a 0,7.

Para a escala de Comprometimento Organizacional, Bastos et al. (2011) encontraram valores de *Alpha de Cronbach* para os fatores Afetivo, Instrumental e Normativo de  $\alpha=0,88$ ;  $\alpha=0,80$  e  $\alpha=0,76$ , respectivamente. Nesta pesquisa, os valores para as mesmas bases foram bons ou muito bons, sendo estes  $\alpha=0,83$ ;  $\alpha=0,82$  e  $\alpha=0,64$ .

Em relação à escala de Entrincheiramento Organizacional, Rodrigues (2009) evidenciou valores de  $\alpha=0,80$ ;  $\alpha=0,79$  e  $\alpha=0,77$  para as dimensões Ajustamentos a Posição

Social, Limitação de Alternativas e Arranjos Burocráticos Impessoais. Nesta pesquisa, os indicadores para os mesmos fatores foram, respectivamente,  $\alpha=0,79$ ;  $\alpha=0,80$  e  $\alpha=0,80$ , esses dois últimos mais altos dos que os encontrados pela autora. Por fim, quanto à escala de Consentimento Organizacional de Silva (2009), os valores no estudo original e nesta pesquisa foram:  $\alpha=0,87$  /  $\alpha=0,85$  para Obediência Cega e  $\alpha=0,82$  /  $\alpha=0,80$  para Aceitação Íntima.

Faz-se importante lembrar que, como destacado na introdução e no método, ambas as escalas utilizadas encontram-se validadas para o contexto brasileiro, por pesquisadores da Psicologia, Administração e área afins. Diante desses resultados, passa-se a próxima seção deste trabalho, que buscou identificar o nível dos “Vínculos com a Organização” – Comprometimento, Enrincheiramento e Consentimento – da equipe de Enfermagem das instituições pesquisadas, comparando a forma como estes se desenvolvem em ambos os contextos.

### **4.3 Vínculos com a Organização: identificando os níveis de Comprometimento, Enrincheiramento e Consentimento**

Com o intuito de responder ao segundo objetivo específico do estudo, que foi o de identificar os níveis de Comprometimento, Enrincheiramento e Consentimento Organizacional dos colaboradores da equipe de Enfermagem e comparar a forma como estes se desenvolvem nas instituições pesquisadas, padronizou-se os resultados das médias dos construtos e das dimensões que compõem os “Vínculos com a Organização”, a fim de classificá-los em Baixo, Médio ou Alto (conforme explicado no método).

Para um melhor entendimento quanto aos níveis atingidos por cada vínculo, optou-se por apresentar, primeiramente, a análise dos construtos e de suas respectivas bases separadamente, analisando-os de maneira geral e por tipo de organização (subitens 4.3.1, 4.3.2 e 4.3.3). Cabe explicar que as médias obtidas, bem como o desvio padrão, foram analisados, inicialmente, na totalidade da amostra (enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem juntos). Após essa apreciação, passou-se a identificação dos níveis por meio da análise do percentual de respondentes para cada variável. Além disso, na finalização de cada subitem, apresentaram-se as medidas descritivas encontradas para as questões das escalas dos construtos.

Na sequência, se realizou um comparativo entre os vínculos e suas dimensões por tipo de instituição hospitalar (subitem 4.3.4), evidenciando quais predominam em cada contexto de estudo. Por fim, tendo a intenção de complementar as análises do segundo objetivo, realizou-se um exame das porcentagens de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, de forma independente, para cada construto e por natureza de organização (público ou privado), procurando-se destacar qual vínculo predomina para as categorias profissionais (subitem 4.3.5).

Em relação ao desvio padrão, de acordo com Wolffenbüttel (2006), esse parâmetro indica o grau de variação de um conjunto de elementos. Essa medida de dispersão, segundo Zamberlan (2011) torna-se muito útil para descrever a variação observada nos valores do conjunto e informar a homogeneidade do mesmo. Assim, quando o desvio padrão da série é pequeno a amostra pode ser classificada como homogênea, já quando o valor é alto a amostra é heterogênea.

Para esse mesmo autor, ao medir essa variação utiliza-se do coeficiente de variação, uma medida de dispersão relativa que expressa a relação percentual do desvio padrão em relação a média. Logo, o coeficiente de variação pode ser interpretado da seguinte forma: se menor ou igual a 20% trata-se de uma amostra homogênea; se maior que 20% é uma amostra heterogênea. Diante disso, cabe ressaltar que para os construtos de “Vínculos com a Organização” utilizados nesta pesquisa, os casos analisados de desvio padrão, em geral e por instituição hospitalar, apresentaram-se, na maioria das vezes, com valores baixos e com variação homogênea, indicando pouca variabilidade entre as respostas dos participantes. Esse aspecto reforça a regularidade das médias e a avaliação positiva dos respondentes acerca dos modelos teóricos utilizados.

De posse dessas informações, no subitem seguinte, apresentam-se as considerações do primeiro construto analisado, Comprometimento Organizacional e suas bases Afetiva, Instrumental e Normativa.

#### 4.3.1 Nível de Comprometimento Organizacional

Para se iniciar a análise do Comprometimento Organizacional e suas dimensões, na Tabela 5 destacam-se as médias obtidas de maneira geral e por tipo de instituição.

Tabela 5 - Estatística do construto Comprometimento Organizacional e de suas dimensões

CONSTRUTO	GERAL		HOSPITAL A PÚBLICO		HOSPITAL B PRIVADO	
	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)
<b>Comprometimento</b>	<b>57,24</b>	<b>11,35</b>	<b>59,09</b>	<b>10,68</b>	<b>55,00</b>	<b>11,72</b>
Afetivo	65,25	13,67	65,82	12,80	64,55	14,63
Instrumental	53,88	16,17	59,07	15,24	47,59	15,00
Normativo	42,78	14,04	41,95	13,62	43,79	14,48

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme apresentado na Tabela 5, a média obtida para o Comprometimento Organizacional foi de 57,24%, sendo esse classificado como um vínculo de nível médio para essa amostra. Esta mesma classificação mediana se mantém quando analisadas as instituições em separado, entretanto o Hospital A (público) apresenta um valor ligeiramente superior ao do Hospital B (privado) -  $\bar{x} = 59,09\%$  e  $\bar{x} = 55,00\%$ , respectivamente.

Para uma melhor compreensão, na Figura 21 ilustram-se as classificações em relação às médias padronizadas para o construto e suas dimensões (representadas no Eixo Y), de maneira geral e por tipo de instituição hospitalar. Para tanto, as médias foram distribuídas nas três categorias estabelecidas: Alto (de 66,67 a 100%), Médio (de 33,34 a 66,66%) e Baixo (de 0 a 33,33%) com o intuito de esclarecer o nível atingido por cada variável (representadas no Eixo X).

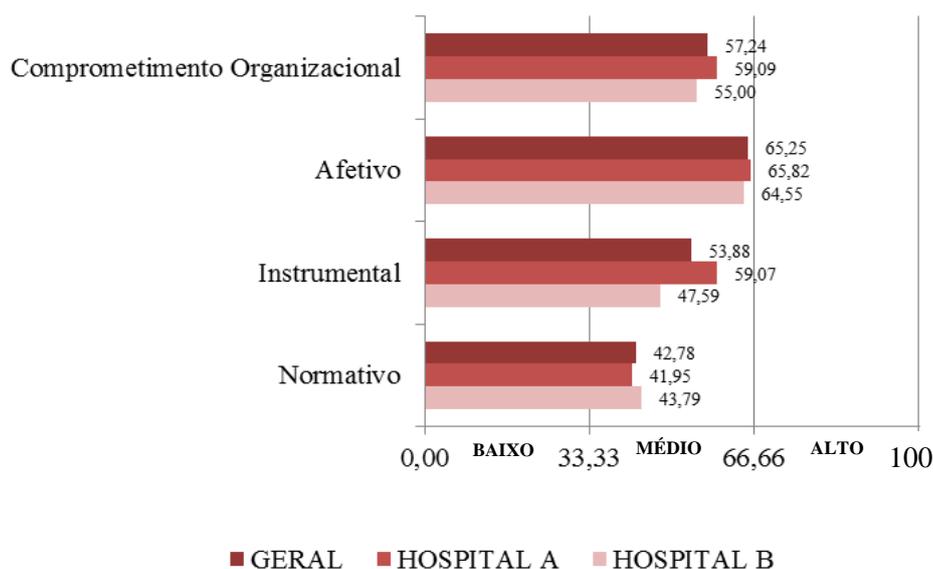


Figura 21 - Gráfico da média padronizada e classificação do nível de Comprometimento Organizacional e suas dimensões

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme visualiza-se na Figura 21, em relação às dimensões do construto verifica-se, de maneira geral, um vínculo afetivo mais forte ( $\bar{x} = 65,25\%$ ), seguidos das bases Instrumental ( $\bar{x} = 53,88\%$ ) e Normativa ( $\bar{x} = 42,78\%$ ). Apesar da base Afetiva quase alcançar o nível alto (classificado como sendo de 66,67% a 100%), essa ainda é considerada como médio, assim como as outras duas dimensões.

Ao analisar essas dimensões de forma independente têm-se igualmente valores mais altos para as bases que dizem respeito ao Hospital A (Afetiva  $\bar{x} = 65,82\%$ ; Instrumental  $\bar{x} = 59,07\%$ ; Normativo  $\bar{x} = 41,95\%$ ) em relação ao Hospital B (Afetiva  $\bar{x} = 64,55\%$ ; Instrumental  $\bar{x} = 47,59\%$ ; Normativo  $\bar{x} = 43,79\%$ ), sendo ambos os resultados classificados como de nível médio. Constata-se que o vínculo afetivo também é o que apresenta maior média nas duas instituições. Tais resultados são corroborados com o apresentado na Tabela 6, que mostram o nível de Comprometimento Organizacional e das dimensões que o compõem, com apoio nos percentuais das respostas dos participantes do estudo quanto ao vínculo.

Tabela 6 - Distribuição percentual das respostas dos participantes por nível para o vínculo Comprometimento Organizacional

CONSTRUTO (valores em %)	GERAL			HOSPITAL A PÚBLICO			HOSPITAL B PRIVADO		
	BAIXO	MÉDIO	ALTO	BAIXO	MÉDIO	ALTO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
<b>Comprometimento</b>	3,75	<b>76,37</b>	19,88	1,58	<b>74,74</b>	23,68	6,37	<b>78,34</b>	15,29
Afetivo	1,44	46,97	<b>51,59</b>	1,58	45,26	<b>53,16</b>	1,27	49,05	<b>49,68</b>
Instrumental	8,93	<b>68,88</b>	22,19	4,21	<b>63,16</b>	32,63	14,65	<b>75,80</b>	9,55
Normativo	30,26	<b>66,86</b>	2,88	31,58	<b>65,26</b>	3,16	28,66	<b>68,79</b>	2,55

Fonte: Dados da pesquisa

Como forma de melhor expor esses dados, a Figura 22 contém, ilustrado por meio de gráficos, os percentuais de respostas para o construto Comprometimento Organizacional.

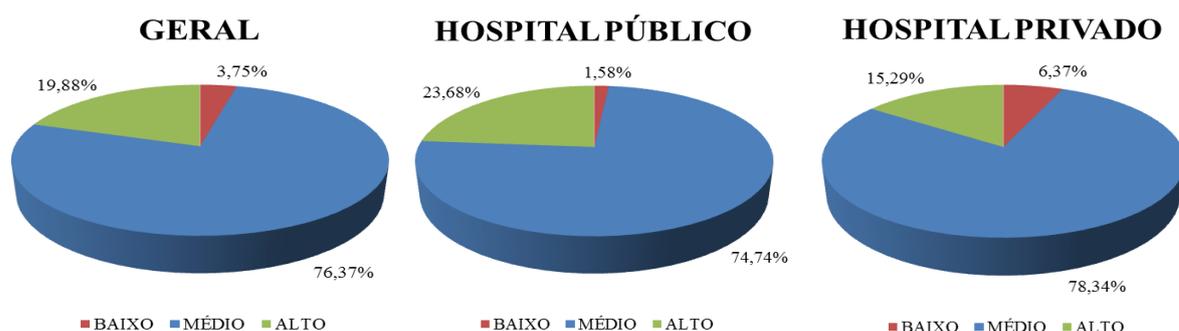


Figura 22 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto ao Comprometimento Organizacional

Fonte: Dados da pesquisa

Como observa-se na Tabela 6 e na Figura 22, 76,37% da amostra geral apresenta um médio Comprometimento Organizacional, sendo que no Hospital A (público) são 74,74% e no Hospital B (privado) 78,34%. Essa informação corrobora com o mencionado anteriormente, o que indicou uma maior incidência de nível mediano de Comprometimento entre os participantes da pesquisa. Destaca-se que mesmo que a instituição privada tenha apresentado uma porcentagem um pouco superior para o vínculo em relação à classificação mediana (conforme Tabela 6), esse valor não se sobressai na média geral do construto, o qual mostrou uma melhor média para a instituição pública (59,09% - ver Tabela 5).

Na Figura 23 apresentam-se os percentuais de respostas dos participantes do estudo para as dimensões Afetiva (AFE), Instrumental (INS) e Normativa (NOR), de maneira geral e por Hospital A e B, respectivamente.

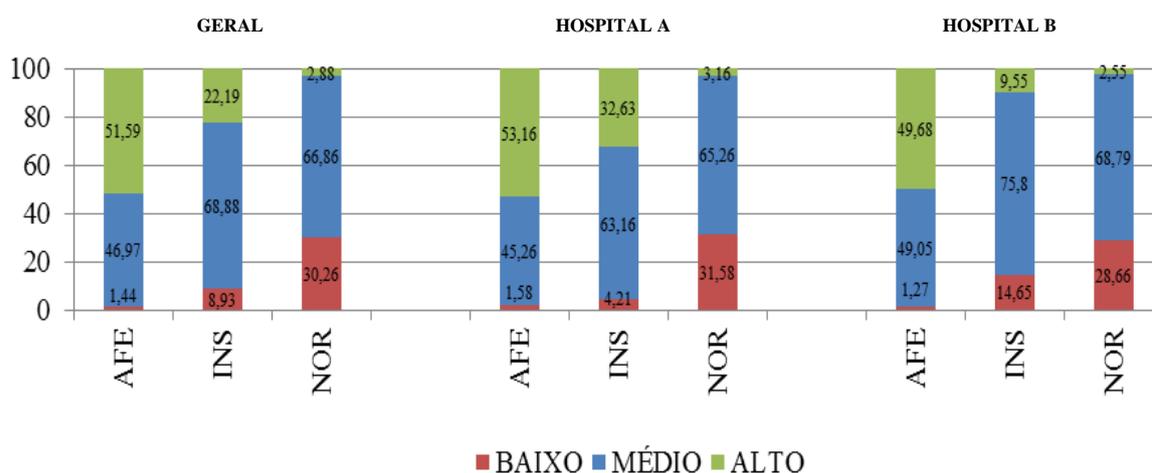


Figura 23 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto as dimensões do Comprometimento Organizacional

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto às dimensões, conforme observa-se na Tabela 6 e Figura 23, 51,59% da amostra geral mostram ter um alto Comprometimento Afetivo, sendo que na instituição pública são 53,16% e na privada 49,68%, corroborando com o exposto na Tabela 5, no qual a base Afetiva foi a que apresentou maior média. Já em relação às bases Instrumental e Normativa tem-se para ambas os maiores percentuais de respostas no nível mediano, sendo todos acima de 60%.

Dessa forma, no que compete ao Comprometimento Organizacional e suas dimensões é possível afirmar a existência de um nível médio, sendo a base Afetiva a que se destaca para o contexto do estudo. Logo, pode-se dizer que a equipe de Enfermagem dos hospitais pesquisados estão medianamente comprometidos com a organização, sendo que esse vínculo se sobressai como forma de uma ligação emocional e de envolvimento do colaborador com a instituição.

Quando considera-se a análise dos hospitais em separado verifica-se que ambos também possuem nível médio de Comprometimento (59,09% e 55% respectivamente), sendo

que o Hospital A (público) apresenta-se com uma média um pouco superior de Comprometimento do que o Hospital B (privado). Essa constatação demonstra que os colaboradores da instituição pública, são um pouco mais comprometidos com a organização, se sobressaindo a base Afetiva.

Os achados desta pesquisa corroboram com o encontrado em diversos estudos, sendo que um dos primeiros sobre o Comprometimento nas organizações já evidenciava o construto como um nível moderado (BASTOS, 1994). Mais contemporaneamente, a pesquisa de Santos e Estivalet (2009), que procurou identificar o Comprometimento Organizacional em uma instituição hospitalar no Rio Grande do Sul, igualmente se mostrou como de nível médio, sendo o vínculo Afetivo o que se sobressaiu, e denotando, segundo as autoras, uma forte ligação Afetiva e de integração dos respondentes com a organização.

Outra investigação que procurou comparar o Comprometimento em instituições públicas e privadas foi a de Rowe (2008). Nesse estudo, realizado com docentes de ensino superior, a autora evidenciou um maior Comprometimento Organizacional na dimensão Normativa em ambas as instituições, entretanto, em segundo lugar a base Afetiva foi a que apresentou maiores índices, mostrando também um forte apego emocional com a organização.

Da mesma forma, Pinho e Bastos (2014) fizeram uma análise dos vínculos entre gestores e trabalhadores de diferentes organizações (uma privada e duas públicas), que identificou uma maior adesão para a base Afetiva, essa se destacando nas três instituições pesquisadas como as melhores médias para os contextos analisados.

Na sequência discute-se, de modo geral e por tipo de instituição, as medidas descritivas encontradas para os itens da escala de Comprometimento Organizacional, sob a forma de média e desvio padrão, conforme visualizado na Tabela 7.

Tabela 7 - Estatística descritiva dos itens da escala de Comprometimento Organizacional

COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL			GERAL		HOSPITAL A		HOSPITAL B	
	Questão	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
Afetivo	4	A organização em que trabalho realmente inspira o melhor de mim para meu progresso no desempenho do trabalho.	3,34	1,07	3,39	1,07	3,28	1,07
	7	Eu realmente me interessar pelo destino da organização onde trabalho.	<b>4,00</b>	0,73	<b>4,11</b>	0,66	<b>3,86</b>	0,78
	14	Eu realmente sinto os problemas dessa organização como se fossem meus.	<b>2,82</b>	1,09	2,88	1,08	<b>2,76</b>	1,10
	16	Sinto os objetivos de minha organização como se fossem meus.	3,10	1,10	3,05	1,11	3,16	1,08
	19	Eu acho que os meus valores são muito similares aos valores defendidos pela organização onde trabalho.	3,09	1,05	2,95	1,06	3,26	1,00
	24	Eu não me sinto emocionalmente vinculado a essa organização.	3,51	1,07	3,42	1,10	3,63	1,02
	29	Conversando com amigos, eu sempre me refiro a essa organização como uma instituição para a qual é ótimo trabalhar.	3,59	1,07	3,69	1,03	3,47	1,12
	45	Essa organização tem um imenso significado pessoal pra mim.	3,36	1,08	3,37	1,06	3,35	1,11
	51	Eu me sinto orgulhoso dizendo às pessoas que sou parte da organização onde trabalho.	3,73	0,94	3,89	0,86	3,54	1,00
	58	Sinto que existe uma forte ligação Afetiva entre mim e minha organização.	2,89	1,08	<b>2,83</b>	1,07	2,97	1,09
Instrumental	2	Para mim, os custos de deixar essa organização seriam maiores que os benefícios.	2,96	1,26	3,36	1,22	2,47	1,13
	8	Eu acho que teria poucas alternativas de emprego se deixasse essa organização.	<b>2,05</b>	1,05	<b>2,20</b>	1,11	<b>1,86</b>	0,93
	10	Mantenho-me nessa organização porque sinto que não conseguiria facilmente entrar em outra organização.	2,30	1,10	2,35	1,14	2,24	1,05
	17	Seria muito custoso para mim trocar de organização.	2,77	1,14	3,01	1,15	2,49	1,08
	18	Deixar essa organização agora exigiria consideráveis sacrifícios pessoais.	3,06	1,18	3,38	1,13	2,68	1,14
	20	Mesmo se eu quisesse, seria muito difícil para mim deixar essa organização agora.	2,92	1,20	3,08	1,23	2,72	1,13
	21	Não abandono essa organização devido às perdas que me prejudicariam.	2,89	1,25	3,14	1,31	2,60	1,11
	55	Muitas coisas em minha vida ficariam complicadas se eu decidisse sair dessa organização agora.	<b>3,29</b>	1,17	<b>3,71</b>	1,04	<b>2,79</b>	1,12
Normativo	11	Eu me sentiria culpado se deixasse essa organização agora.	2,30	1,10	2,35	1,14	2,24	1,05
	22	Mesmo se fosse vantagem pra mim, eu sinto que não seria certo deixar essa organização agora.	<b>2,47</b>	1,12	<b>2,39</b>	1,12	<b>2,55</b>	1,11
	34	Eu não deixaria essa organização agora porque eu tenho uma obrigação moral com as pessoas daqui.	2,30	0,96	2,18	0,88	2,45	1,02
	52	Sinto-me em dívida para com essa organização.	2,19	0,88	2,15	0,90	2,25	0,87
	59	Se recebesse uma oferta de melhor emprego, não seria correto deixar essa organização.	<b>2,06</b>	0,88	<b>2,05</b>	0,84	<b>2,08</b>	0,93

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme os dados contidos na Tabela 7, a questão que apresentou maior média na primeira dimensão (Afetivo), tanto para a amostra geral como para os Hospitais A e B ( $\bar{x}=4,00$ ;  $\bar{x}=4,11$ ;  $\bar{x}=3,86$ ), foi o item 7 do questionário - *Eu realmente me interessou pelo destino da organização onde trabalho*, evidenciando que os participantes da pesquisa “concordam” com essa afirmação, levando-se em consideração a escala de (1) discordo totalmente a (5) concordo totalmente. Essa constatação parece demonstrar o interesse dos colaboradores pela sua organização, revelando que esses se importam com o futuro das mesmas. Esse resultado é corroborado ainda pela verificação dos baixos valores de desvio padrão da amostra, mostrando uma sintonia em relação à percepção dos pesquisados sobre esse ponto.

Já a opção que teve menor média para essa base, de maneira geral ( $\bar{x}=2,82$ ) foi o item 14 - *Eu realmente sinto os problemas dessa organização como se fossem meus*, sendo também para o Hospital B ( $\bar{x}=2,76$ ). Interpretando esse achado, percebe-se que muitos dos pesquisados, no geral, bem como no hospital privado, “discordam” com a afirmação, parecendo não sentirem-se envolvidos com suas instituições a ponto de julgarem os problemas como se fossem seus. Ainda quanto à dimensão Afetiva, para o Hospital A, a questão que teve menor média foi a número 58 - *Sinto que existe uma forte ligação Afetiva entre mim e minha organização* ( $\bar{x}=2,83$ ), entretanto, em função de um maior valor de desvio padrão, parece correto inferir que essa percepção não é compartilhada por todos da mesma maneira.

Em relação a segunda e terceira dimensão, Instrumental e Normativa, salienta-se que tanto os valores de maiores médias quanto os de menores médias são para os mesmos itens em ambos os contextos (geral e por instituição).

Na segunda base (Instrumental) as maiores médias são para a questão 55 - *Muitas coisas em minha vida ficariam complicadas se eu decidisse sair dessa organização agora* (Geral  $\bar{x}=3,29$ ; Hospital A  $\bar{x}=3,71$ ; Hospital B  $\bar{x}=2,79$ ). Em contrapartida, as médias mais baixas foram verificadas no item 8 - *Eu acho que teria poucas alternativas de emprego se deixasse essa organização* (Geral  $\bar{x}=2,05$ ; Hospital A  $\bar{x}=2,20$ ; Hospital B  $\bar{x}=1,86$ ). Essas evidências parecem demonstrar que os participantes da pesquisa acreditam ter opções de emprego fora da instituição em que estão trabalhando, contudo, não o fazem em função da ligação mais Instrumental que mantém com a organização, podendo gerar perdas que acarretariam na sua vida pessoal caso a deixasse.

Apesar de os pesquisados afirmarem ter outras oportunidades de emprego fora da organização, a questão com maior média para a dimensão Normativa mostra que os mesmos acreditam não ser certo deixar a instituição agora (média mais elevada para o item 22 -

Mesmo se fosse vantagem pra mim, eu sinto que não seria certo deixar essa organização agora). Porém, ainda que essa seja a maior média para a variável apresenta-se como baixa (Geral  $\bar{x}=2,47$ ; Hospital A  $\bar{x}=2,39$ ; Hospital B  $\bar{x}=2,55$ ) e com desvios padrão elevados. Logo, essa afirmação demonstra uma “indiferença” quanto à questão e não pode ser generalizada para a amostra das instituições.

Já para o polo oposto desta base, o item com menor média foi o 59 – *Se recebesse uma oferta de melhor emprego, não seria correto deixar essa organização* (Geral  $\bar{x}=2,06$ ; Hospital A  $\bar{x}=2,05$ ; Hospital B  $\bar{x}=2,08$ ) ressaltando que os pesquisados “discordam” da assertiva, e levando a inferir que caso recebessem uma melhor oferta de emprego deixariam a instituição. Cabe destacar que essa questão apresenta um baixo desvio padrão, indicando, dessa forma, pouca variabilidade entre as respostas dos participantes. Assim, com base nessas considerações acerca do Comprometimento Organizacional e suas dimensões, passa-se para a análise do construto de Entrincheiramento Organizacional e suas bases Ajustamentos à Posição Social, Limitação de Alternativas e Arranjos Burocráticos Impessoais.

#### 4.3.2 Nível de Entrincheiramento Organizacional

Para a análise do vínculo Entrincheiramento Organizacional e dimensões, inicialmente, na Tabela 8 são apresentadas as médias obtidas, de maneira geral e por tipo de instituição.

Tabela 8 - Estatística do construto Entrincheiramento Organizacional e de suas dimensões

CONSTRUTOS	ESTATÍSTICAS					
	GERAL		HOSPITAL A PÚBLICO		HOSPITAL B PRIVADO	
	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)
<b>Entrincheiramento</b>	<b>50,13</b>	<b>10,94</b>	<b>53,72</b>	<b>10,06</b>	<b>45,79</b>	<b>10,36</b>
Ajustamentos a Posição Social	48,84	13,61	49,88	13,89	47,57	13,15
Limitação de Alternativas	37,72	12,36	39,35	12,92	35,74	11,34
Arranjos Burocráticos Impessoais	61,10	16,37	69,77	13,01	50,60	13,65

Fonte: Dados da pesquisa

Para melhorar a compreensão, na Figura 24 ilustram-se as classificações em relação às médias padronizadas (representadas no Eixo Y), de maneira geral e por tipo de instituição

hospitalar. Da mesma forma como anteriormente, as médias foram distribuídas nas categorias estabelecidas: Alto (de 66,67 a 100%), Médio (de 33,34 a 66,66%) e Baixo (de 0 a 33,33%) com o intuito de esclarecer o nível atingido por cada variável (representadas no Eixo X).

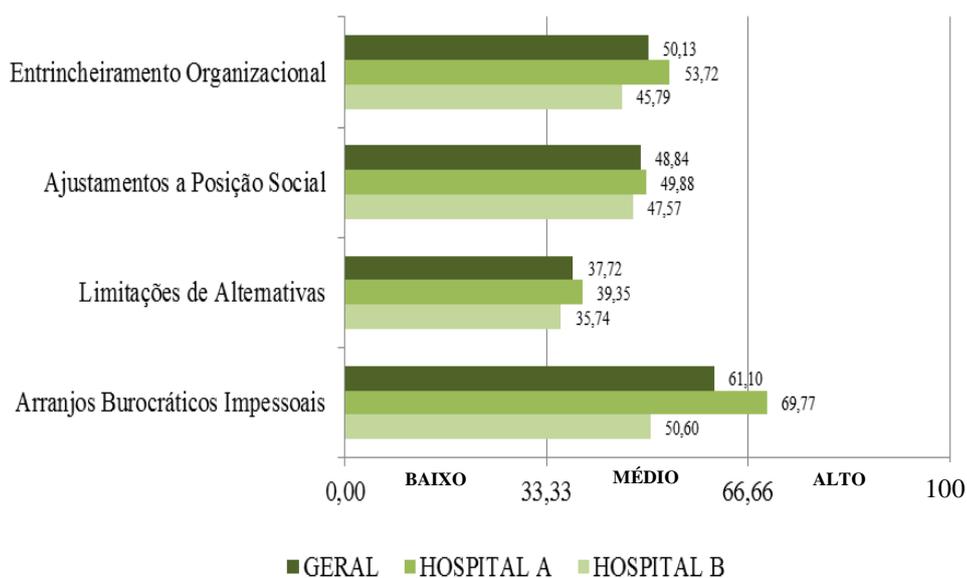


Figura 24 - Gráfico da média padronizada e classificação do nível de Entrincheiramento Organizacional e suas dimensões

Fonte: Dados da pesquisa

Referente ao construto de Entrincheiramento Organizacional, o valor geral verificado para a média foi de 50,13%, conforme apresentado na Tabela 8, sendo esse classificado como de nível médio para essa amostra, como se observa na Figura 24. Essa mesma classificação moderada se mantém quando analisadas as médias das instituições em separado, com destaque para o Hospital A (público) que apresenta um valor superior ao do Hospital B (privado) -  $\bar{x} = 53,72\%$  e  $\bar{x} = 45,79\%$ , respectivamente.

Em relação às dimensões, na Tabela 8, verifica-se, de maneira geral, uma maior média para a base Arranjos Burocráticos Impessoais ( $\bar{x} = 61,10\%$ ), seguidos das bases Ajustamentos à Posição Social ( $\bar{x} = 48,84\%$ ) e Limitação de Alternativas ( $\bar{x} = 37,72\%$ ). Em relação aos níveis dessas, todas são classificadas como médio, entretanto, cabe ressaltar que Arranjos Burocráticos Impessoais quase pode ser classificado como de nível alto, ao passo que Limitação de Alternativas está muito próximo do nível baixo.

Analisando-as de forma independente para as duas organizações têm-se, da mesma forma, na Tabela 8, valores mais altos para as bases que dizem respeito à média do Hospital A (APS  $\bar{x}$  = 49,88%; LIM  $\bar{x}$  = 39,35%; ABI  $\bar{x}$  = 69,77%) em relação ao Hospital B (APS  $\bar{x}$  = 47,57%; LIM  $\bar{x}$  = 35,73%; ABI  $\bar{x}$  = 50,60%), sendo quase todas classificadas como de nível médio, com exceção da base Arranjos Burocráticos Impessoais que apresenta-se como de nível alto para a instituição pública. Tais resultados são confirmados com o apresentado na Tabela 9, que contém o nível de Entrincheiramento Organizacional e de suas dimensões com base nos percentuais das respostas dos participantes do estudo.

Tabela 9 - Distribuição percentual das respostas dos participantes por nível para o vínculo Entrincheiramento Organizacional

CONSTRUTO (valores em %)	GERAL			HOSPITAL A PÚBLICO			HOSPITAL B PRIVADO		
	BAIXO	MÉDIO	ALTO	BAIXO	MÉDIO	ALTO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
<b>Entrincheiramento</b>	6,92	<b>86,46</b>	6,63	3,69	<b>86,84</b>	9,47	10,83	<b>85,99</b>	3,18
APS	14,12	<b>78,67</b>	7,20	12,63	<b>78,95</b>	8,42	15,92	<b>78,35</b>	5,73
LIM	37,46	<b>60,52</b>	2,02	34,21	<b>62,63</b>	3,16	41,40	<b>57,96</b>	0,64
ABI	5,76	<b>51,01</b>	43,23	2,11	30,00	<b>67,89</b>	10,19	<b>76,43</b>	13,38

Fonte: Dados da pesquisa

Para uma melhor visualização desses dados, na Figura 25 são apresentados em gráficos os percentuais de respostas para o construto.

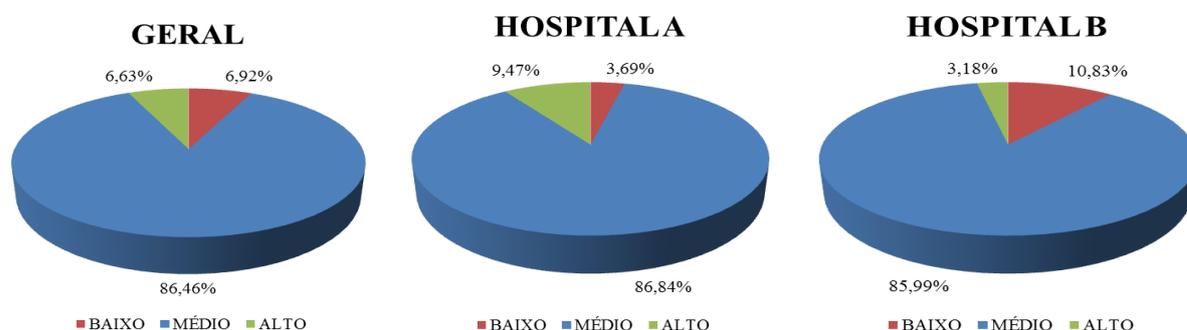


Figura 25 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto ao Entrincheiramento Organizacional

Fonte: Dados da pesquisa

Como observa-se na Tabela 9 e Figura 25, 86,46% da amostra geral apresenta um médio Entrincheiramento Organizacional, sendo que no Hospital A (público) são 86,84% e no Hospital B (privado) são 85,99%. Essa informação corrobora os achados anteriores, que indicam também uma maior incidência de nível mediano de Entrincheiramento entre os participantes da pesquisa, mostrando que as equipes de enfermagem de ambos os hospitais estão medianamente entrincheirados com a organização.

Complementando essa análise, na Figura 26 apresentam-se os percentuais de respostas para as dimensões Ajustamento à Posição Social (APS), Limitação de Alternativas (LIM) e Arranjos Burocráticos Impessoais (ABI), de maneira geral e por Hospital A e B, respectivamente.

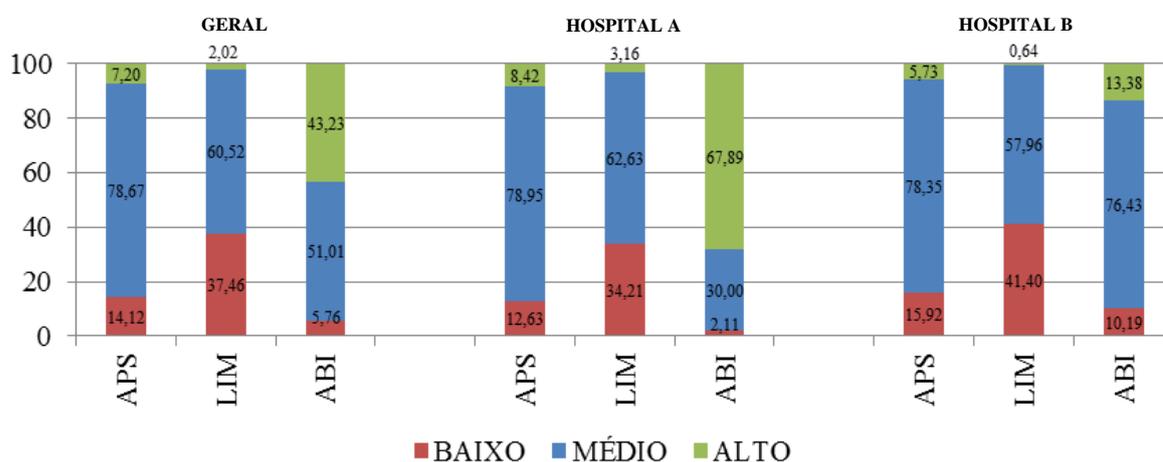


Figura 26 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto as dimensões do Entrincheiramento Organizacional

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto às dimensões, com os dados da Tabela 9 e da Figura 26 verifica-se que a maioria dos pesquisados apresenta um nível moderado para todas as bases, sendo que para 78,67%, ou seja, em quase 80% da amostra, o entrincheiramento é mais forte com a base Ajustamentos a Posição Social. Esse resultado evidencia que os colaboradores da equipe de Enfermagem dos hospitais pesquisados podem permanecer na organização que atuam em razão da necessidade de preservar os investimentos já realizados na mesma, tais como redes de relacionamentos, conhecimento dos processos organizacionais, treinamentos, entre outros,

que seriam perdidos caso a deixasse. Entretanto, como esse vínculo se apresenta como mediano essa afirmação não pode ser generalizada para o contexto que se apresenta.

Além disso, apesar dessa base ser a que apresenta maior porcentagem de respostas, esse resultado não se destaca na estatística geral (apresentada na Tabela 8). Isso pode ser comprovado somando-se as porcentagens “médio” (APS=78,67%; LIM=60,52%; ABI=51,01%) e “alto” (APS=7,20%; LIM=2,02%; ABI=43,23%) das respostas dos pesquisados, sendo que nesse caso é possível verificar a base Arranjos Burocráticos Impessoais se sobressaindo (APS=85,87%; LIM=62,54%; ABI=94,24%).

Quanto à análise das bases por tipo de instituição hospitalar, obteve-se um percentual muito superior, 67,89% para o nível alto de Entrincheiramento dimensão Arranjos Burocráticos Impessoais para o Hospital A (público), indicando que possivelmente a maioria dos pesquisados dessa organização permanecem na mesma em função da estabilidade e dos ganhos financeiros que seriam perdidos caso saíssem.

Os dados da pesquisa de Pinho e Bastos (2014) corroboram os achados nesta pesquisa, confirmando uma alta média para a base Arranjos Burocráticos Impessoais na organização federal (pública). Os autores, da mesma forma como neste estudo, justificaram esse maior índice devido à oferta de benefícios e a estabilidade de emprego encontrada nessa organização.

Já em relação à dimensão Limitação de Alternativas, essa é a que apresenta os percentuais mais baixos, tanto de forma geral quanto nos Hospitais A e B. Logo, percebe-se que os colaboradores dessas instituições permanecem nas mesmas por outros motivos, que não a percepção de poucas oportunidades fora dela, sendo esse achado oposto ao encontrado por Pinho e Bastos (2014), no qual essa base apresentou médias altas para as esferas privada, federal e municipal.

Portanto, no que diz respeito ao Entrincheiramento Organizacional e suas dimensões é possível afirmar que, com base nos resultados obtidos, este se apresenta como sendo de um nível médio, sendo a base Arranjos Burocráticos Impessoais a que se destaca para o contexto do estudo. O trabalho de Moscon (2013) que procurou verificar a relação entre os vínculos organizacionais e os Estilos de liderança em uma organização pública situada em Salvador (BA), também encontrou as maiores médias para a dimensão Arranjos Burocráticos Impessoais, seguido de Ajustamento a Posição Social e Limitação de Alternativas e apoiando com os resultados encontrados na presente pesquisa.

Sendo assim, acredita-se ser aceitável dizer que a equipe de Enfermagem dos hospitais pesquisados estão medianamente entrincheirados com a organização, sendo que esse vínculo

se sobressai de uma forma burocrática, no qual o profissional teme perder a segurança e os benefícios que a instituição lhe oferece, permanecendo na mesma em função disso.

Diante do exposto, na sequência apresentam-se, de modo geral e por tipo de instituição hospitalar, as medidas descritivas encontradas para os itens da escala de Entrincheiramento Organizacional, sob a forma de média e desvio padrão, conforme visualiza-se na Tabela 10.

Tabela 10 - Estatística descritiva dos itens da escala de Entrincheiramento Organizacional

(continua)

ENTRINCHEIRAMENTO ORGANIZACIONAL		GERAL		HOSPITAL A		HOSPITAL B		
	Questão	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	
Ajustamentos à Posição Social	5	Eu investi muito tempo no meu aprendizado dentro dessa organização para deixá-la agora.	2,81	1,08	<b>2,86</b>	1,10	2,76	1,04
	30	Se deixasse essa organização, sentiria como se estivesse desperdiçando anos de dedicação.	2,72	1,10	2,69	1,14	2,76	1,05
	33	Um dos motivos pelos quais não mudo de organização são os relacionamentos que já estabeleci com os colegas.	<b>2,89</b>	1,11	2,84	1,09	<b>2,95</b>	1,12
	37	Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu jogaria fora todos os esforços que fiz para chegar aonde cheguei dentro dessa empresa.	2,52	1,11	2,59	1,14	2,44	1,07
	38	Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu levaria muito tempo para me acostumar a uma nova função.	2,20	0,94	2,37	1,01	<b>1,99</b>	0,82
	50	Sair dessa organização significaria, para mim, perder parte importante da minha rede de relacionamentos.	2,56	1,13	2,67	1,17	2,42	1,06
	57	Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu demoraria a conseguir ser tão respeitado como sou hoje dentro dessa empresa.	2,35	0,96	2,43	0,99	2,25	0,91
	60	Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu estaria jogando fora todo o esforço que fiz para aprender as tarefas do meu cargo atual.	<b>2,10</b>	0,87	<b>2,07</b>	0,85	2,13	0,89
Limitação de Alternativas	1	Mantenho-me nessa organização porque sinto que tenho poucas oportunidades em outras organizações.	1,68	0,89	1,78	1,02	<b>1,55</b>	0,69
	8	Eu acho que teria poucas alternativas de emprego se deixasse essa organização.	2,05	1,05	2,20	1,11	1,86	0,93
	10	Mantenho-me nessa organização porque sinto que não conseguiria facilmente entrar em outra organização.	<b>2,30</b>	1,10	<b>2,35</b>	1,14	<b>2,24</b>	1,05
	15	Meu perfil profissional não favorece minha inserção em outras organizações.	<b>1,67</b>	0,77	<b>1,75</b>	0,79	1,58	0,72
	26	Uma das poucas consequências negativas de deixar essa organização seria a falta de alternativas.	2,20	0,97	2,32	1,03	2,06	0,88
	27	Seria difícil encontrar outro emprego onde eu pudesse usar os conhecimentos de trabalho que adquiri nesta empresa.	1,93	0,86	1,98	0,91	1,86	0,79
	43	A especificidade do meu conhecimento dificulta minha inserção em outras organizações.	2,07	0,86	2,04	0,81	2,10	0,91

(conclusão)

ENTRINCHEIRAMENTO ORGANIZACIONAL			GERAL		HOSPITAL A		HOSPITAL B	
	Questão	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
Arranjos Burocráticos Impessoais	3	Se eu deixasse essa organização, minha estabilidade seria ameaçada.	3,29	1,21	3,73	1,13	2,74	1,06
	25	O que me prende a essa organização são os benefícios financeiros que ela me proporciona.	3,12	1,18	3,54	1,13	2,61	1,02
	35	Os benefícios que recebo nessa organização seriam perdidos se eu sáísse agora.	3,23	1,12	3,50	1,04	2,91	1,12
	39	Sair dessa organização agora resultaria em perdas financeiras.	<b>3,59</b>	1,10	<b>4,05</b>	0,80	<b>3,04</b>	1,16
	41	Sinto que mudar de empresa colocaria em risco a minha estabilidade financeira.	3,44	1,11	3,86	0,93	2,94	1,10
	48	Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu deixaria de receber vários benefícios que essa empresa oferece aos seus empregados (vale transporte, convênios médicos, vale refeição, etc.).	<b>2,39</b>	1,09	<b>2,65</b>	1,15	<b>2,09</b>	0,93
	54	Não seria fácil encontrar outra organização que me oferecesse o mesmo retorno financeiro que essa.	3,01	1,32	3,71	1,12	2,18	1,03

Fonte: Dados da pesquisa

Com base nos dados contidos na Tabela 10, ao contemplar as variantes da escala de (1) discordo totalmente a (5) concordo totalmente e se realizar a análise da primeira dimensão (Ajustamentos à Posição Social) percebe-se que todas as médias apresentaram-se como baixas, até mesmo as mais altas para essa base. Pode-se destacar como maior média geral ( $\bar{x}=2,89$ ) e para o Hospital B ( $\bar{x}=2,95$ ) o item 33 – *Um dos motivos pelos quais não mudo de organização são os relacionamentos que já estabeleci com os colegas*, mostrando que o vínculo Afetivo criado com os colegas de trabalho pode ser um dos motivos para o profissional permanecer na organização.

Já para o Hospital A, a questão que apresentou a maior média ( $\bar{x}=2,86$ ) foi a 5 – *Eu investi muito tempo no meu aprendizado dentro dessa organização para deixá-la agora*, evidenciando que provavelmente o investimento realizado pelo colaborador na instituição é que o manteria vinculado a essa. Porém, faz-se necessário destacar que por as questões apresentarem um maior desvio padrão, ou seja, essas afirmativas não são consideradas da mesma maneira para todos os pesquisados.

Em relação às menores médias, essas foram verificadas em dois itens: 38 - *Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu levaria muito tempo para me acostumar a uma nova função* ( $\bar{x}=1,99$ ) para o Hospital B, infere-se que os enfermeiros e técnicos/auxiliares do hospital

privado acreditam que não teriam problemas em se acostumar com uma nova função em outra organização; e, o item 60 - *Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu estaria jogando fora todo o esforço que fiz para aprender as tarefas do meu cargo atual*, de forma geral ( $\bar{x}=2,10$ ) e para o Hospital público ( $\bar{x}=2,07$ ), indicando que os colaboradores “discordam” dessa afirmação.

Quanto à base Limitação de Alternativas, da mesma forma como na dimensão anterior, todas as médias podem ser classificadas como baixas, sendo que a mais alta foi verificada no item 10 - *Mantenho-me nessa organização porque sinto que não conseguiria facilmente entrar em outra organização* para todos os contextos analisados (Geral  $\bar{x}=2,30$ ; Hospital A  $\bar{x}=2,35$ ; Hospital B  $\bar{x}=2,24$ ). Ressalta-se que os índices mais elevados de desvio padrão fazem com que não seja possível afirmar que esse pensamento é compartilhado igualmente pelos colaboradores.

No que se refere às médias mais baixas para essa dimensão têm-se o item 1 - *Mantenho-me nessa organização porque sinto que tenho poucas oportunidades em outras organizações* para o Hospital B ( $\bar{x}=1,55$ ), e o item 15 - *Meu perfil profissional não favorece minha inserção em outras organizações*, de maneira geral ( $\bar{x}=1,67$ ) e para o Hospital A ( $\bar{x}=1,75$ ), isto pode indicar que muitos dos pesquisados “discordam totalmente” dessas alternativas. Cabe explicar que os baixos desvios padrão apresentados por essas questões demonstram a pouca variância de respostas da amostra.

Por fim, no que compete a última dimensão (Arranjos Burocráticos Impessoais) verificou-se que tanto os valores de maiores médias quanto os de menores são para os mesmos itens, em ambos os contextos (geral e por instituição). A questão 39 - *Sair dessa organização agora resultaria em perdas financeiras* foi a que obteve os índices mais altos, sendo esses  $\bar{x}=3,59$  (geral),  $\bar{x}=4,05$  (Hospital A) e  $\bar{x}=3,04$  (Hospital B). Com base nestes dados, acredita-se ser possível dizer que os profissionais de ambas as instituições permanecem em suas organizações devido, principalmente, às perdas financeiras que teriam caso a deixassem. Já a questão 48 - *Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu deixaria de receber vários benefícios que essa empresa oferece aos seus empregados (vale transporte, convênios médicos, vale refeição, etc.)* foi a que apresentou menor média, indicando que os pesquisados “discordam” da afirmativa.

Apresentadas as considerações acerca do Entrincheiramento Organizacional e dimensões, passa-se a análise do último construto dos vínculos organizacionais, o Consentimento Organizacional e suas bases Obediência Cega e Aceitação Íntima.

### 4.3.3 Nível de Consentimento Organizacional

Em relação ao vínculo Consentimento Organizacional e suas dimensões, a Tabela 11 contém as médias obtidas, de maneira geral e por tipo de instituição.

Tabela 11 - Estatística do construto Consentimento Organizacional e de suas dimensões

CONSTRUTOS	ESTATÍSTICAS					
	GERAL		HOSPITAL A PÚBLICO		HOSPITAL B PRIVADO	
	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)
<b>Consentimento Organizacional</b>	<b>59,06</b>	<b>11,32</b>	<b>57,61</b>	<b>11,78</b>	<b>60,99</b>	<b>9,53</b>
Obediência Cega	57,22	13,28	55,97	14,15	58,72	11,99
Aceitação Intima	61,10	14,39	59,20	13,57	63,39	15,00

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao Consentimento Organizacional verifica-se que o valor geral para a média do construto foi de 59,06%, conforme Tabela 11, sendo esse classificado como um vínculo de nível médio para essa amostra. Essa mesma classificação mediana se mantém quando analisadas as médias dos hospitais separadamente, com destaque para o Hospital B (privado) que apresenta um valor levemente superior ao do Hospital A (público) -  $\bar{x} = 60,99\%$  e  $\bar{x} = 57,61\%$ , respectivamente. A partir do constatado, parece ser correto afirmar que os profissionais das duas organizações consentem de forma moderada, sendo os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem do Hospital privado mais vinculados à esse construto do que os do público.

Com o intuito de expor melhor os níveis atingidos pela variável (representadas no Eixo X), na Figura 27 ilustram-se as classificações em relação às médias padronizadas (representadas no Eixo Y), de maneira geral e por tipo de instituição hospitalar. Assim como nos dois vínculos anteriores, as médias foram distribuídas nas categorias Alto (de 66,67 a 100%), Médio (de 33,34 a 66,66%) e Baixo (de 0 a 33,33%).

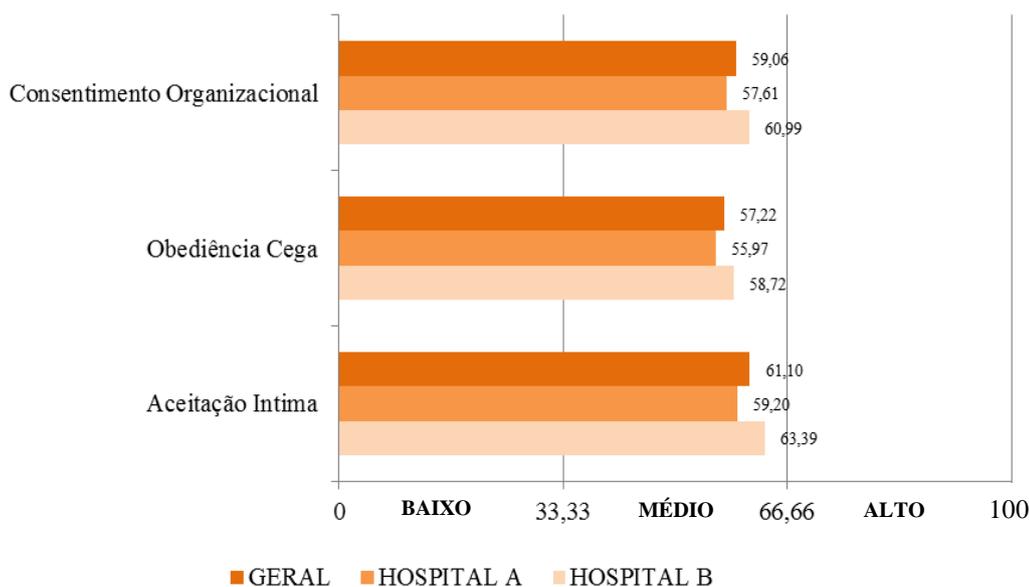


Figura 27 - Gráfico da média padronizada e classificação do nível de Entrincheiramento Organizacional e suas dimensões

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto às dimensões, de maneira geral e por tipo de instituição, obteve-se maiores médias para a base Aceitação Íntima ( $\bar{x} = 61,10\%$ ;  $\bar{x} = 59,20\%$ ;  $\bar{x} = 63,39\%$ ), sendo todas classificadas como de nível mediano. A maior média para essa dimensão é observada no Hospital B ( $\bar{x} = 63,39\%$ ), muito próxima de ser classificada como de nível alto. Esse resultado demonstra, de acordo com o abordado por Silva (2009), que os colaboradores da organização privada podem consentir com a organização, não tanto em função de um cumprimento automático de ordens, mas sim porque acreditam que as normas estabelecidas constituem o melhor procedimento, logo se identificam com as regras da instituição na qual trabalham.

Já a dimensão Obediência Cega também pode ser classificada como de nível médio para ambos os contextos analisados, sendo que a maior média ( $\bar{x} = 58,72\%$ ) igualmente é verificada para a instituição privada. Esses resultados corroboram o apresentado na Tabela 12, que indicam o nível de Consentimento Organizacional, e das dimensões Obediência Cega (OBD) e Aceitação Íntima (ACT), com base nos percentuais das respostas dos participantes do estudo quanto ao vínculo.

Tabela 12 - Distribuição percentual das respostas dos participantes por nível para o vínculo Consentimento Organizacional

CONSTRUTO (valores em %)	GERAL			HOSPITAL A PÚBLICO			HOSPITAL B PRIVADO		
	BAIXO	MÉDIO	ALTO	BAIXO	MÉDIO	ALTO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Consentimento	2,31	<b>73,20</b>	24,50	2,63	<b>76,84</b>	20,53	1,91	<b>68,79</b>	29,30
Obediência Cega	5,19	<b>72,05</b>	22,77	7,37	<b>70,00</b>	22,63	2,55	<b>74,52</b>	22,93
Aceitação Intima	4,03	<b>57,06</b>	38,90	3,68	<b>64,74</b>	31,58	4,46	<b>47,77</b>	<b>47,77</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Para melhor visualizar essas informações, na Figura 28 apresenta-se por meio de gráficos os percentuais de respostas para o construto Consentimento Organizacional.

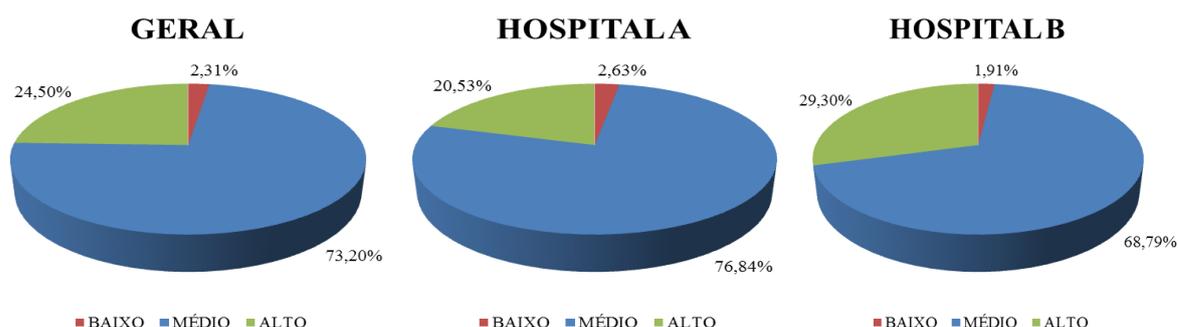


Figura 28 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto ao Consentimento Organizacional

Fonte: Dados da pesquisa

Como observa-se na Tabela 12 e na Figura 28, 73,20% da amostra geral apresenta um médio Consentimento Organizacional, sendo que no Hospital A (público) são 76,84% e no Hospital B (privado) são 68,79%. Essa informação corrobora com o apresentado anteriormente, ou seja, uma maior incidência de nível mediano de Consentimento entre os participantes da pesquisa.

Complementando essa análise, na Figura 29 apresentam-se os percentuais de respostas dos participantes do estudo para as dimensões desse vínculo, sendo estes destacados de maneira geral e por Hospital A e B, respectivamente.

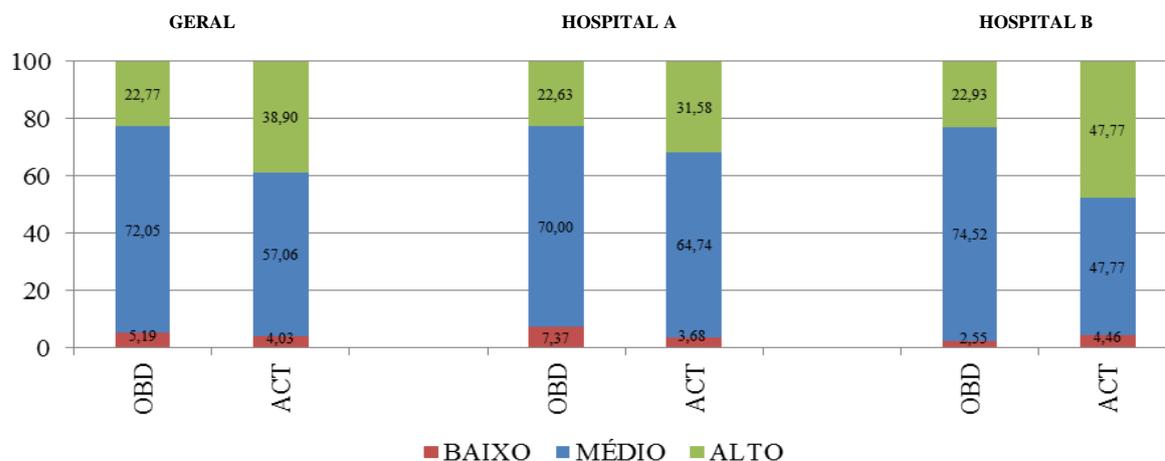


Figura 29 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto as dimensões do Consentimento Organizacional

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto às dimensões do vínculo analisado, conforme Tabela 12 e Figura 29, a maior parte da amostra se classifica com nível médio, sendo que o valor mais elevado para esse caso é verificada para a base Obediência Cega, tanto de maneira geral quanto por tipo de instituição. Contudo, apesar dessa base ser a que apresenta maior percentual de respostas, esse resultado não se destaca na estatística geral (ver Tabela 11), pois, da mesma forma como acontece no construto Entrincheiramento Organizacional (apresentado no item 4.3.2), quando se somam as porcentagens “médio” e “alto” das respostas dos participantes da pesquisa é possível verificar a base Aceitação Íntima se sobressaindo.

Em relação à Aceitação Íntima cabe mencionar que para o Hospital B a mesma se apresenta com iguais percentuais de nível mediano e alto (47,77%), indicando que quase metade da amostra dessa instituição consente moderadamente enquanto que a outra metade consente de uma maneira ainda mais forte.

Portanto, parece ser correto afirmar, com base nos resultados obtidos, que os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem da instituição privada estão vinculados com a organização de uma maneira mais forte pelo construto de Consentimento Organizacional, base Aceitação Íntima. Essa dimensão menciona o cumprimento de regras a partir de uma concordância entre empresa e empregado, logo, existe uma similaridade entre as visões pessoal e Organizacional, sendo que os indivíduos que consentem o fazem porque acreditam

ser o melhor para ambos os envolvidos. Esses resultados divergem do que foi constatado nos estudos de Moscon (2013) e Pinho e Bastos (2014).

A pesquisa de Pinho e Bastos (2014) verificou um alto índice de Consentimento Organizacional na dimensão Obediência Cega para a instituição privada. Já nas organizações públicas foi percebido melhores escores para a dimensão Aceitação Íntima, sendo que o mesmo foi verificado por Moscon (2013) para a empresa pública participante da sua pesquisa.

Sendo assim, no que diz respeito ao Consentimento Organizacional e suas dimensões é possível afirmar que esse se apresenta como sendo de um nível médio, sendo a base Aceitação Íntima a que se destaca para o contexto do estudo. Logo, acredita-se ser aceitável dizer que a equipe de Enfermagem dos hospitais pesquisados, principalmente do privado, são medianamente consentidos com a organização, sendo que esse vínculo se sobressai, conforme evidenciado por Silva (2009), em função de uma concordância autêntica com as normas instituídas, havendo semelhança no que a organização pensa e no que o trabalhador acredita ser o correto a ser feito.

Aprofundando a discussão dos dados, a seguir apresentam-se, de modo geral e por tipo de instituição hospitalar, as medidas descritivas encontradas para os itens da escala, sob a forma de média e desvio padrão, contidas na Tabela 13.

Tabela 13 - Estatística descritiva dos itens da escala de Consentimento Organizacional

(continua)

CONSENTIMENTO ORGANIZACIONAL			GERAL		HOSPITAL A		HOSPITAL B	
	Questão	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	
Obediência Cega	6	Faço o que meu chefe manda porque acredito que é o mais correto a ser feito.	3,26	1,05	3,22	1,08	3,30	1,01
	9	Acredito que, quando recebo uma ordem, a responsabilidade pelo que faço é do meu superior.	<b>2,23</b>	1,04	<b>2,11</b>	0,98	2,38	1,09
	13	Algumas regras eu obedeço mesmo sem saber para que servem.	2,25	0,98	2,28	1,02	<b>2,23</b>	0,93
	28	Mesmo quando as coisas me incomodam no trabalho, eu faço o que foi mandado.	3,13	1,07	3,07	1,13	3,19	0,98
	31	Cumpro as ordens que recebo porque meu superior sabe, melhor do que eu, o que deve ser feito.	2,90	1,09	2,84	1,15	2,97	1,01
	32	Eu sempre obedeço o que meus chefes me mandam fazer no trabalho.	3,52	0,94	3,43	1,00	3,63	0,86
	40	Eu sempre cumpro as ordens nessa empresa.	<b>3,66</b>	0,90	<b>3,59</b>	0,93	<b>3,75</b>	0,85
	44	Eu faço o que meu chefe manda porque confio nele.	3,34	1,03	3,27	1,06	3,41	0,99

(conclusão)

CONSENTIMENTO ORGANIZACIONAL			GERAL		HOSPITAL A		HOSPITAL B	
		Questão	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Obediência Cega	44	Eu faço o que meu chefe manda porque confio nele.	3,34	1,03	3,27	1,06	3,41	0,99
	47	Quando não concordo com uma ordem no trabalho, eu cumpro assim mesmo.	2,84	1,11	2,77	1,09	2,93	1,12
	49	Se o chefe manda, a gente tem que fazer.	2,60	1,07	2,51	1,08	2,72	1,04
Aceitação Íntima	12	A minha forma de pensar é muito parecida com a da empresa.	2,81	1,05	2,61	1,03	3,04	1,02
	23	Aceito as normas da empresa porque concordo com elas.	3,21	1,01	3,08	1,06	3,37	0,94
	36	Aceito a maioria das regras/ordens que me são impostas porque acredito no benefício delas.	3,50	0,89	3,52	0,87	3,47	0,90
	42	Compreendo o significado das regras e as aceito porque sei que elas melhoram o desempenho da empresa.	<b>3,67</b>	0,88	<b>3,70</b>	0,87	<b>3,64</b>	0,89
	53	Sigo as ordens da empresa porque as aprovo.	3,12	0,99	2,97	0,96	3,31	0,98
	56	Se eu tivesse uma empresa, escolheria as mesmas normas da empresa em que trabalho.	<b>2,65</b>	0,99	<b>2,47</b>	0,93	<b>2,86</b>	1,01

Fonte: Dados da pesquisa

Realizando-se uma análise mais aprofundada das dimensões, verifica-se que na dimensão Obediência Cega as maiores médias, para todas as situações, foram verificadas na questão 40 - *Eu sempre cumpro as ordens nessa empresa* ( $\bar{x}$  =3,66 geral;  $\bar{x}$  =3,59 Hospital A;  $\bar{x}$  =3,75 Hospital B), mostrando que grande parte da amostra dos colaboradores de ambas as instituições “concordam” com a afirmativa e seguem as normas estabelecidas pela organização. Já as menores médias para essa dimensão apresentam-se, de maneira geral ( $\bar{x}$  =2,23) e para o Hospital A ( $\bar{x}$  =2,11), no item 9 - *Acredito que, quando recebo uma ordem, a responsabilidade pelo que faço é do meu superior*, à medida que para o Hospital B ( $\bar{x}$  =2,23), é no item 13 - *Algumas regras eu obedeco mesmo sem saber para que servem*, evidenciando-se a “discordância” dessas partes dos pesquisados em relação às declarações.

No que se relaciona à segunda dimensão (Aceitação Íntima) evidencia-se o item 42 - *Compreendo o significado das regras e as aceito porque sei que elas melhoram o desempenho da empresa* com maior média ( $\bar{x}$  =3,67 geral;  $\bar{x}$  = 3,70 Hospital A;  $\bar{x}$  =3,64 Hospital B) e a questão 56 - *Se eu tivesse uma empresa, escolheria as mesmas normas da empresa em que trabalho* com menor (Geral  $\bar{x}$  =2,65; Hospital A  $\bar{x}$  = 2,47; Hospital B  $\bar{x}$  =2,86). Esses achados confirmam os resultados encontrados nesta pesquisa e expostos acima, demonstrando que os pesquisados entendem as normas e acreditam que essas devem ser

seguidas por eles para que seja possível uma boa performance da organização, mas provavelmente não as escolheriam caso tivessem sua própria empresa.

Sendo assim, após essas considerações sobre o construto de Consentimento Organizacional, passa-se a apresentação de um comparativo entre os vínculos, discutindo-se acerca dos níveis que cada um destes estabelece com a organização.

#### 4.3.4 Comparando os “Vínculos com a Organização”

Com a intenção de realizar uma comparação entre os níveis atingidos pelos construtos para a variável “Vínculos com a Organização”, na Tabela 14 são apresentadas as médias de cada construto e dimensões, destacando-as de acordo com o contexto analisado por tipo de instituição.

Tabela 14 - Estatística dos construtos e das dimensões dos “Vínculos com a Organização”

CONSTRUTOS	ESTATÍSTICAS			
	HOSPITAL A PÚBLICO		HOSPITAL B PRIVADO	
	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)
<b>Comprometimento</b>	<b>59,09</b>	<b>10,68</b>	<b>55,00</b>	<b>11,72</b>
Afetivo	65,82	12,80	64,55	14,63
Instrumental	59,07	15,24	47,59	15,00
Normativo	41,95	13,62	43,79	14,48
<b>Entrincheiramento</b>	<b>53,72</b>	<b>10,06</b>	<b>45,79</b>	<b>10,36</b>
Ajustamentos a Posição Social	49,88	13,89	47,57	13,15
Limitação de Alternativas	39,35	12,92	35,74	11,34
Arranjos Burocráticos Impessoais	69,77	13,01	50,60	13,65
<b>Consentimento</b>	<b>57,61</b>	<b>11,78</b>	<b>60,99</b>	<b>9,53</b>
Obediência Cega	55,97	14,15	58,72	11,99
Aceitação Intima	59,20	13,57	63,39	15,00

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme a análise de cada construto separadamente e como se pode observar na Tabela 14, de uma maneira geral, as médias encontradas, tanto para os vínculos quanto para as dimensões que os compõem, apresentam-se como de nível médio, ou seja, com média de 33,34% a 66,66%. Uma única exceção foi evidenciada na média da dimensão Arranjos

Burocráticos Impessoais do Entrincheiramento Organizacional no Hospital A (público), no qual foi verificado um nível alto ( $\bar{x} = 69,77\%$ ).

Para uma melhor visualização dos níveis obtidos, na Figura 30 ilustram-se as classificações em relação às médias padronizadas para os construtos e suas dimensões (representadas no Eixo Y) por tipo de instituição hospitalar. Ressalta-se que as médias foram distribuídas nas categorias estabelecidas: Alto (de 66,67 a 100%), Médio (de 33,34 a 66,66%) e Baixo (de 0 a 33,33%), destacando o nível atingido por cada variável (representadas no Eixo X).

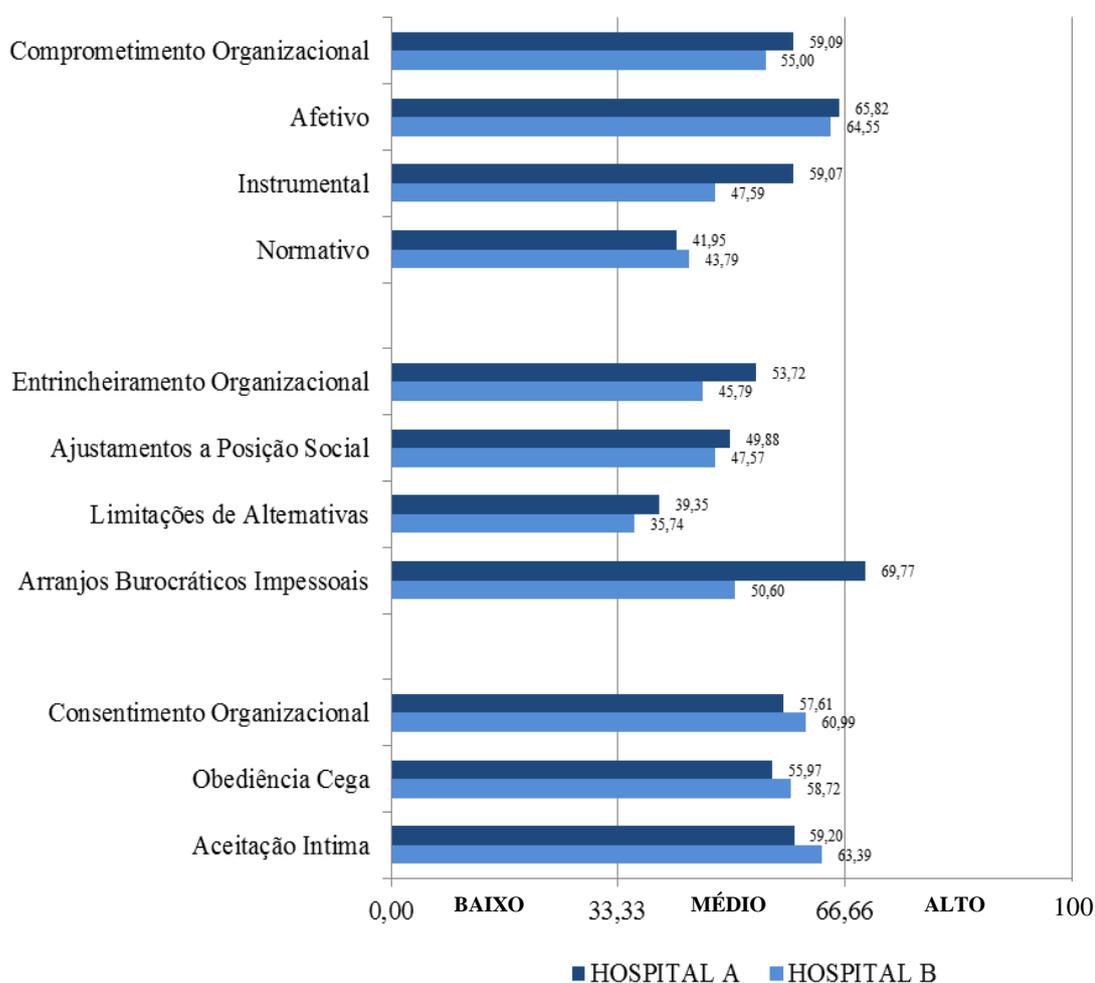


Figura 30 - Gráfico da média padronizada e classificação do nível dos construtos e dimensões de “Vínculos com a Organização”

Fonte: Dados da pesquisa

Com base nos dados expostos na Figura 30, verifica-se que existe nas instituições pesquisadas um nível mais alto de Comprometimento Organizacional (59,09%), seguido do Consentimento (57,61%) e, por último, o Entrincheiramento (53,72%). De acordo com Rodrigues (2011), vínculos de Comprometimento alto estão associados a bons desempenhos, à medida que altos índices de Entrincheiramento são relacionados a escores de baixo grau de desempenho e menos centralidade no trabalho. Para os autores, em geral, os perfis com alto grau de Comprometimento e baixo de Entrincheiramento (semelhante ao encontrado neste estudo) são os que mais se associam a comportamentos desejáveis em termos de produtividade e de bom desempenho nas organizações.

Mais especificamente em relação às médias, a maior para o Hospital A, foi verificada no vínculo de Comprometimento Organizacional, sendo que a dimensão que mais se destaca é a Afetiva. De acordo com o apresentado anteriormente no referencial teórico, o Comprometimento pode ser definido como um estado psicológico que caracteriza a relação do indivíduo com a organização. A partir do encontrado nos resultados do presente estudo destaca-se que essa ligação psicológica se dá, para o Hospital público, por meio da base Afetiva, mostrando um apego emocional dos colaboradores para com a instituição, caracterizando o envolvimento e a identificação com a mesma.

Já para o Hospital B, a média mais elevada foi encontrada para o vínculo de Consentimento Organizacional, tendo destaque a dimensão Aceitação Íntima. Esta ligação, segundo a literatura, apresenta uma tendência do indivíduo em seguir regras e normas da organização, cumprindo-as. No que se refere ao verificado nesta pesquisa, esse vínculo para o Hospital privado se apresentou mais como uma concordância com o que é definido pela empresa, em decorrência de o colaborador se identificar com o estabelecido pela mesma.

Ainda em relação aos índices verificados para os construtos, cabe ressaltar que, apesar do Entrincheiramento Organizacional não ter tido as maiores médias para os casos analisados, este apresentou um alto valor para a dimensão Arranjos Burocráticos Impessoais no Hospital A, como explicado acima. Esta evidência demonstra que apesar dos pesquisados da organização pública apresentarem um vínculo mais forte de compromisso com a mesma, eles mantêm-se ligados a ela muito em função da estabilidade financeira e dos benefícios que esta oferece.

Verificação parecida foi obtida no estudo de Rodrigues e Bastos (2013), cujo o objetivo foi de caracterizar a intensidade dos vínculos de Comprometimento e Entrincheiramento e como podem ser combinados por servidores públicos de diferentes órgãos. Segundo os autores, a amostra apresentou um alto nível de Comprometimento e

Entrincheiramento, demonstrando um forte engajamento Afetivo, que pode favorecer a emergência de comportamentos favoráveis às organizações públicas, contudo, os servidores se sentiam presos, uma das características do Entrincheiramento. Logo, para esta pesquisa, acredita-se que existe um desejo de permanecer na organização, contudo esse pode ser guiado por uma necessidade específica e talvez não por causa do trabalho que realizam.

Diante de todas essas constatações, pode-se dizer que a equipe de Enfermagem do Hospital público é mais comprometida com sua organização, enquanto que a do Hospital privado consente mais. Esses resultados são apoiados pelo estudo Moscon (2013), o qual visualizou índices de Comprometimento Organizacional significativamente superiores para a empresa pública, em relação aos de Entrincheiramento e Consentimento. Segundo a autora, isso pode ser reflexo das mudanças pelas quais as organizações públicas vem passando nas últimas décadas. Entretanto, a autora destaca que é importante levar em consideração que esse maior nível de Comprometimento possa ser em função da questão de “desejabilidade social”, a qual leva os participantes a responderem o que se espera que respondam em relação ao próprio comportamento e não o que realmente estes desempenham.

Como forma de complementar as análises em relação ao segundo objetivo deste estudo apresenta-se, a seguir, os níveis dos construtos em relação aos cargos de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem por instituição pública e privada, tomando por base convergências e/ou divergências nas respostas desses profissionais quanto aos vínculos.

#### 4.3.5 Vínculos com a Organização por categoria profissional e por tipo de instituição

Dando sequência as análises do segundo objetivo da pesquisa, foi realizada uma avaliação das porcentagens por tipo de categoria profissional, ou seja, de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem separadamente, para cada construto e por natureza de organização (público ou privado), procurando-se identificar o vínculo que predomina para cada um dos contextos. Da mesma forma como nas análises anteriores, as médias foram distribuídas nas categorias Alto (de 66,67 a 100%), Médio (de 33,34 a 66,66%) e Baixo (de 0 a 33,33%), com o propósito de esclarecer o nível atingido por cada variável.

Na Tabela 15 é exposto o nível de Comprometimento Organizacional e das dimensões Afetiva, Instrumental e Normativa.

Tabela 15 - Nível de Comprometimento Organizacional por categoria e tipo de instituição

<b>COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL (%)</b>						
<b>FUNÇÃO</b>	<b>BAIXO</b>		<b>MÉDIO</b>		<b>ALTO</b>	
	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Enfermeiro</b>	0,00	0,00	<b>89,13</b>	<b>65,71</b>	10,87	34,29
<b>Téc./Aux. Enfermagem</b>	1,41	8,26	<b>70,42</b>	<b>81,82</b>	28,17	9,92
<b>AFETIVO</b>						
<b>FUNÇÃO</b>	<b>BAIXO</b>		<b>MÉDIO</b>		<b>ALTO</b>	
	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Enfermeiro</b>	0,00	0,00	<b>65,22</b>	14,29	34,78	<b>85,71</b>
<b>Téc./Aux. Enfermagem</b>	2,11	1,65	38,03	<b>59,51</b>	<b>59,86</b>	38,84
<b>INSTRUMENTAL</b>						
<b>FUNÇÃO</b>	<b>BAIXO</b>		<b>MÉDIO</b>		<b>ALTO</b>	
	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Enfermeiro</b>	4,35	8,57	<b>65,22</b>	<b>74,29</b>	30,43	17,14
<b>Téc./Aux. Enfermagem</b>	3,52	16,53	<b>62,68</b>	<b>76,03</b>	33,80	7,44
<b>NORMATIVO</b>						
<b>FUNÇÃO</b>	<b>BAIXO</b>		<b>MÉDIO</b>		<b>ALTO</b>	
	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Enfermeiro</b>	41,30	20,00	<b>58,70</b>	<b>71,43</b>	0,00	8,57
<b>Téc./Aux. Enfermagem</b>	27,46	31,40	<b>68,31</b>	<b>67,77</b>	4,23	0,83

Fonte: Dados da pesquisa

A partir dos dados da Tabela 15, constata-se que ambas as categorias profissionais apresentam um médio Comprometimento com a organização. Contudo, na análise por dimensão tem-se para a base Afetiva a maioria dos enfermeiros do Hospital público com um nível médio (65,22%), enquanto que para o Hospital privado o maior percentual desses foi encontrado para o nível alto (85,71%). Já para os técnicos/auxiliares verifica-se, para a instituição pública um nível alto de Comprometimento Afetivo (59,86%), à medida que para a organização privada esse é classificado como mediano (59,51%).

Em relação às bases Instrumental (enfermeiros: público 65,22%, privado 74,29%; técnicos/auxiliares de enfermagem: público 62,68%, privado 76,03%) e Normativa (enfermeiros: público 58,70%, privado 71,43%; técnicos/auxiliares de enfermagem: público 68,31%, privado 67,77%) todas as maiores porcentagens apresentadas, para ambas as categorias, estão no nível médio, sendo que estes são os índices mais elevados verificados na instituição privada.

Para melhor esclarecer o apresentado na Tabela 15 explana-se na Figura 31 a classificação de cada cargo em relação aos valores percentuais (representados no Eixo Y dos

gráficos), sendo esses distribuídos nos níveis “baixo”, “médio” e “alto” (representados no Eixo X).

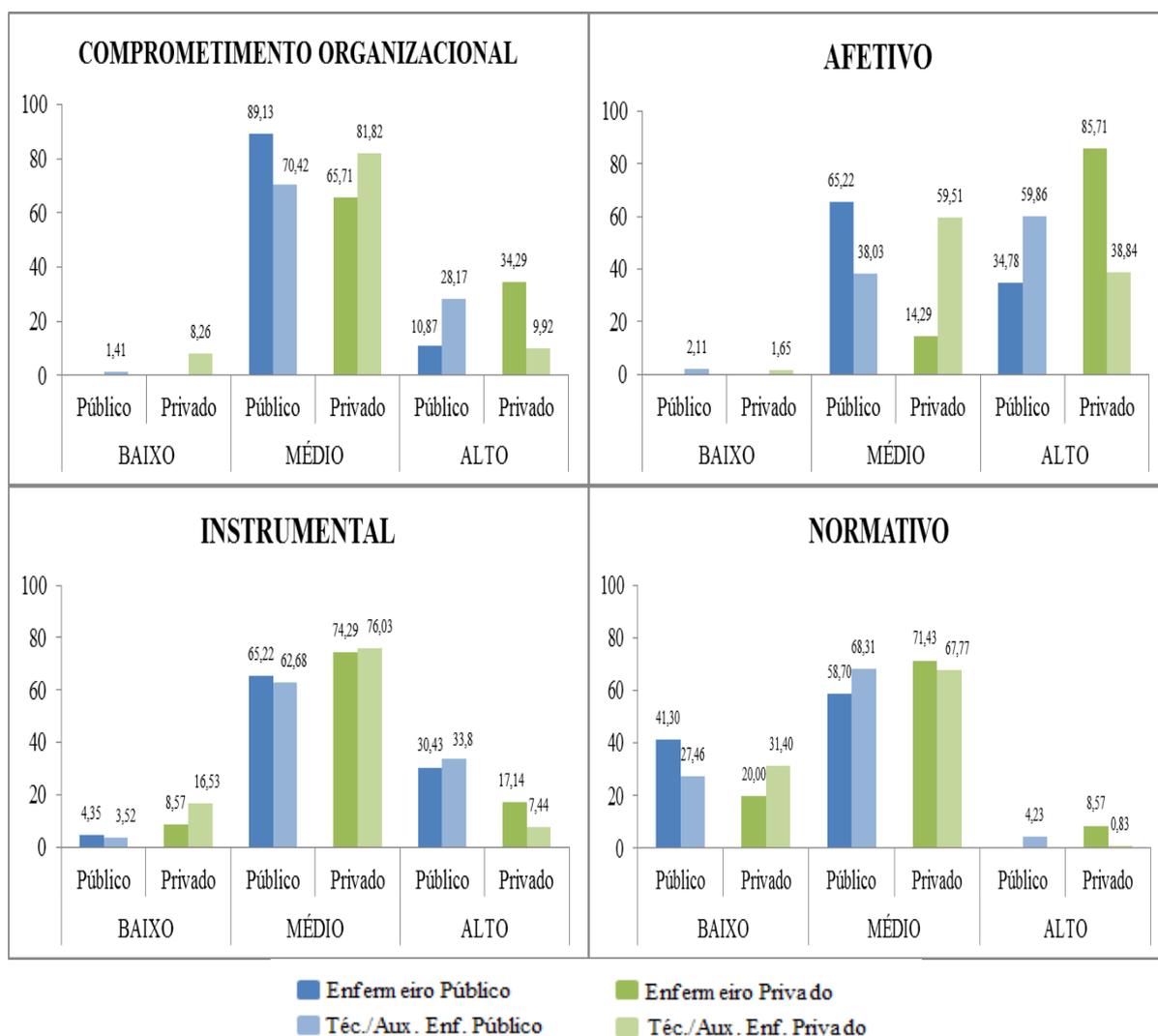


Figura 31 - Percentual por categoria profissional e por tipo de instituição - Comprometimento

Fonte: Dados da pesquisa

A partir dessas constatações observadas na Tabela 15 e Figura 31, parece ser correto afirmar que os enfermeiros do Hospital privado são mais comprometidos Afetivamente com a organização do que os de Hospital público, enquanto que para os Técnicos/auxiliares de enfermagem essa análise apresenta-se contrária (ou seja, os técnicos do Hospital público são mais comprometidos afetivamente que os do Hospital privado).

Estudos como o de Hickmann (2006) sobre esse vínculo, com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em um hospital privado em Porto Alegre/RS também demonstraram

um alto nível na dimensão Afetiva, contudo a autora não realizou a análise diferenciando as categorias, portanto não é possível compará-lo totalmente com as evidências encontradas na presente pesquisa.

Ainda, a análise realizada por Pena e Machado (2009), com enfermeiros de um hospital privado de Belo Horizonte, igualmente mostrou uma forte ligação afetiva desses com a organização. Da mesma forma, outro achado sobre o Comprometimento Organizacional, apontada na pesquisa de Souza, Reche e Sachuk (2013) com funcionários de um hospital no Paraná, indicou que a dimensão Afetiva prevalecendo no setor de Enfermagem.

Cabe destacar que o observado por Lima (2013), em um estudo sobre o Comprometimento e Entrincheiramento na carreira de enfermeiros hospitalares de instituições públicas e privadas no RS, identificou um alto comprometimento dos enfermeiros com suas profissões, sendo que os de instituições privadas tendem a ser mais comprometidos que os de públicas, corroborando os achados desse estudo, só que ao nível organizacional.

Após realizadas essas considerações sobre o construto de Comprometimento Organizacional passa-se para o nível de Entrincheiramento Organizacional e suas dimensões, apresentados na Tabela 16.

Tabela 16 - Nível de Entrincheiramento Organizacional por categoria e tipo de instituição

<b>ENTRINCHEIRAMENTO ORGANIZACIONAL (%)</b>						
<b>FUNÇÃO</b>	<b>BAIXO</b>		<b>MÉDIO</b>		<b>ALTO</b>	
	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Enfermeiro</b>	2,17	2,86	<b>89,13</b>	<b>91,43</b>	8,70	5,71
<b>Téc./Aux. Enfermagem</b>	3,52	13,22	<b>86,62</b>	<b>84,30</b>	9,86	2,48
<b>AJUSTAMENTOS À POSIÇÃO SOCIAL</b>						
<b>FUNÇÃO</b>	<b>BAIXO</b>		<b>MÉDIO</b>		<b>ALTO</b>	
	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Enfermeiro</b>	17,39	11,43	<b>78,26</b>	<b>77,14</b>	4,35	11,43
<b>Téc./Aux. Enfermagem</b>	10,56	17,36	<b>79,58</b>	<b>78,51</b>	9,86	4,13
<b>LIMITAÇÃO DE ALTERNATIVAS</b>						
<b>FUNÇÃO</b>	<b>BAIXO</b>		<b>MÉDIO</b>		<b>ALTO</b>	
	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Enfermeiro</b>	41,30	37,14	<b>54,35</b>	<b>62,86</b>	4,35	0,00
<b>Téc./Aux. Enfermagem</b>	30,98	42,15	<b>66,20</b>	<b>57,02</b>	2,82	0,83
<b>ARRANJOS BUROCRÁTICOS IMPESSOAIS</b>						
<b>FUNÇÃO</b>	<b>BAIXO</b>		<b>MÉDIO</b>		<b>ALTO</b>	
	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Enfermeiro</b>	0,00	0,00	21,74	<b>82,86</b>	<b>78,26</b>	17,14
<b>Téc./Aux. Enfermagem</b>	2,11	13,22	32,40	<b>74,38</b>	<b>65,49</b>	12,40

Fonte: Dados da pesquisa

Para melhor esclarecer o apresentado na Tabela 16 ilustra-se na Figura 32 a classificação das funções (enfermeiro e técnico/ auxiliar de enfermagem) em relação aos valores percentuais (Eixo Y) e as categorias definidas (Eixo X).

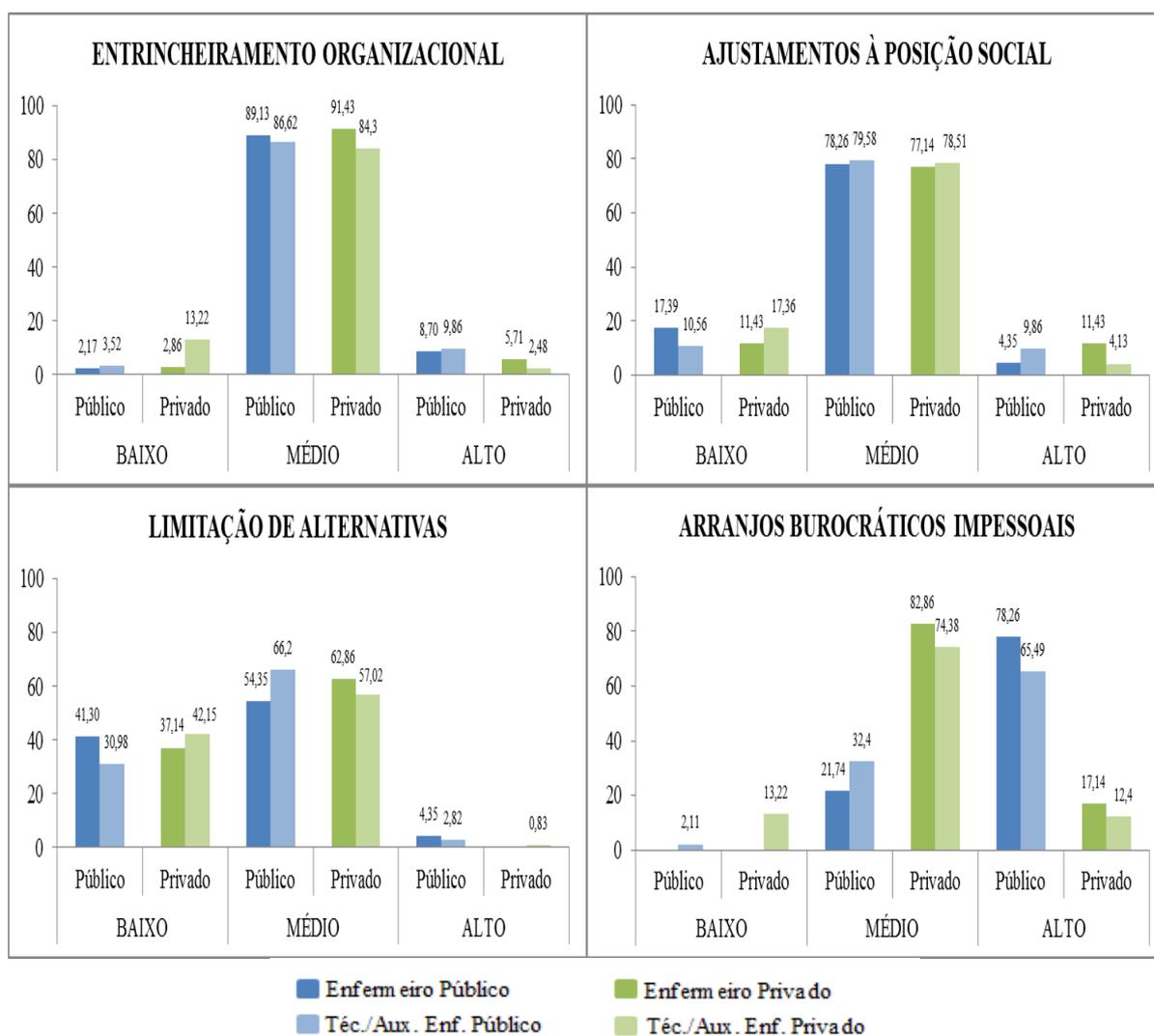


Figura 32 - Percentual por categoria profissional e por tipo de instituição - Entrincheiramento

Fonte: Dados da pesquisa

A partir do observado na Tabela 16 e na Figura 32, ambos os profissionais apresentam as maiores porcentagens de respostas no nível médio para o construto Entrincheiramento Organizacional (enfermeiros: público 89,13%, privado 91,43%; técnicos: público 86,62%, privado 84,30%), bem como para as dimensões Ajustamentos à Posição Social (enfermeiros: público 78,26%, privado 77,14%; técnicos: público 79,58%, privado 78,51%) e Limitação de

Alternativas (enfermeiros: público 54,35%, privado 62,86%; técnicos: público 66,20%, privado 57,02%). A única diferença significativa foi observada para a base Arranjos Burocráticos Impessoais, na qual tanto enfermeiros como técnicos de enfermagem do Hospital público apresentam um alto nível (78,26% e 65,49%, respectivamente), enquanto que para o Hospital privado essa foi classificada como médio para as duas funções (enfermeiros 82,86% e técnicos 74,38%). Essas constatações corroboram com o que já foi apresentado anteriormente na análise do construto em separado e na comparação deste com os demais vínculos, com isto verifica-se que tanto técnicos quanto enfermeiros da instituição pública pesquisada apresentam uma tendência de permanecerem na organização em função das perdas financeiras que teriam caso a deixassem.

Em função de não terem sido encontrados estudos em instituições hospitalares sobre o vínculo de Entrincheiramento Organizacional, e menos ainda com técnicos, auxiliares e enfermeiros apoia-se os resultados aqui visualizados com o encontrado por Lima (2013) em sua pesquisa sobre vínculos com a carreira de enfermeiros. Nesse estudo, a autora obteve níveis medianos de Entrincheiramento com a Carreira, tanto de modo geral quanto em hospitais públicos e privados, sendo que a dimensão que mais se destacou foi a “Custos Emocionais” que está relacionada com as perdas relacionadas a uma mudança de profissão.

Por fim, na Tabela 17 e Figura 33, apresentam-se as considerações do construto de Consentimento Organizacional e dimensões Obediência Cega e Aceitação Íntima, para as categorias de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem.

Tabela 17 - Nível de Consentimento Organizacional por categoria e tipo de instituição

<b>CONSENTIMENTO ORGANIZACIONAL (%)</b>						
<b>FUNÇÃO</b>	<b>BAIXO</b>		<b>MÉDIO</b>		<b>ALTO</b>	
	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Enfermeiro</b>	6,52	0,00	<b>86,96</b>	<b>60,00</b>	6,52	40,00
<b>Téc./Aux. Enfermagem</b>	1,41	2,48	<b>73,24</b>	<b>71,07</b>	25,35	26,45
<b>OBEDIÊNCIA CEGA</b>						
<b>FUNÇÃO</b>	<b>BAIXO</b>		<b>MÉDIO</b>		<b>ALTO</b>	
	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Enfermeiro</b>	17,39	0,00	<b>76,09</b>	<b>85,71</b>	6,52	14,29
<b>Téc./Aux. Enfermagem</b>	4,22	3,31	<b>67,61</b>	<b>71,07</b>	28,17	25,62
<b>ACEITAÇÃO ÍNTIMA</b>						
<b>FUNÇÃO</b>	<b>BAIXO</b>		<b>MÉDIO</b>		<b>ALTO</b>	
	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Enfermeiro</b>	8,70	0,00	<b>63,04</b>	14,29	28,26	<b>85,71</b>
<b>Téc./Aux. Enfermagem</b>	2,11	5,79	<b>64,79</b>	<b>57,85</b>	33,10	36,36

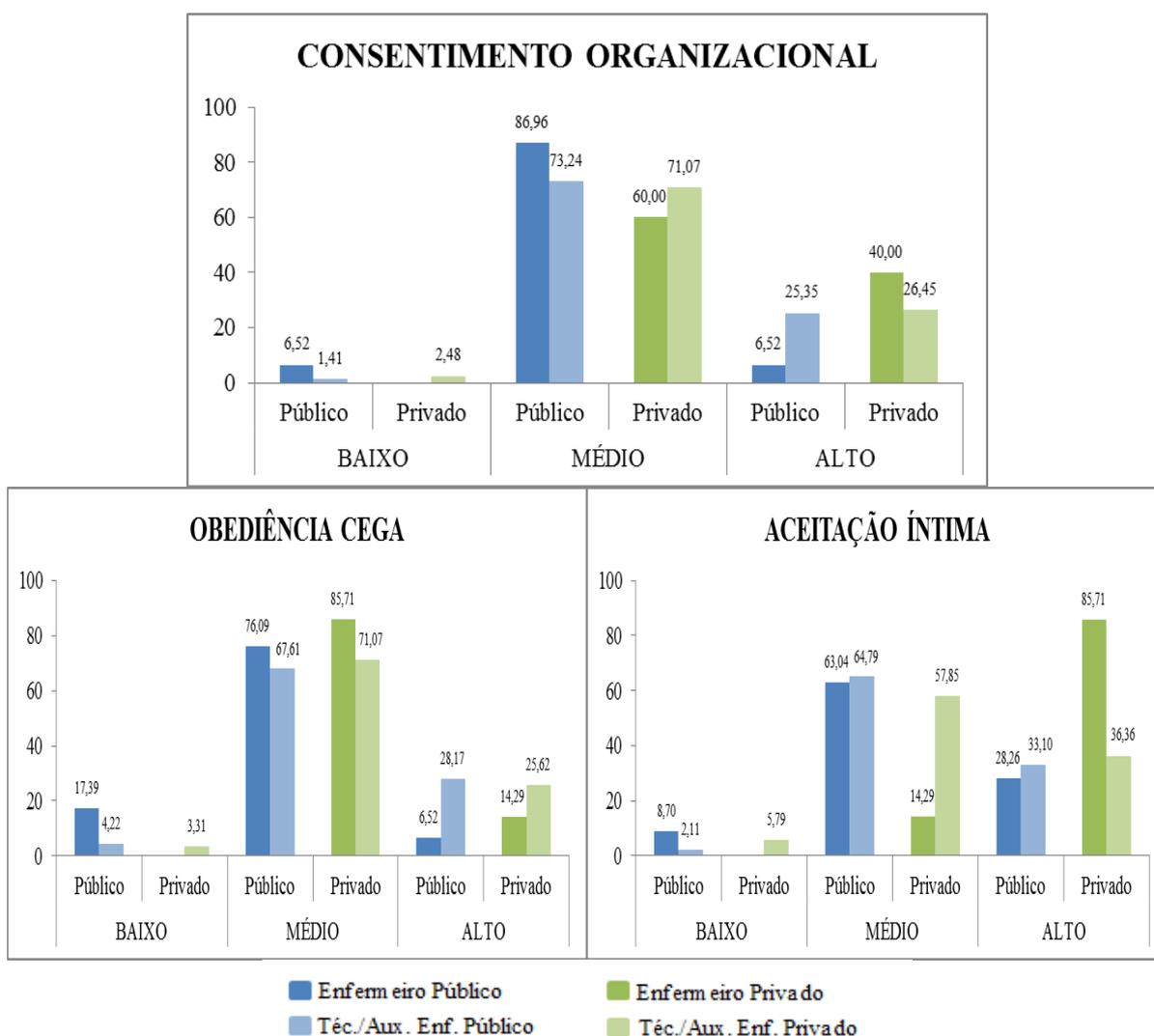


Figura 33 - Percentual por categoria profissional e por tipo de instituição - Consentimento

Fonte: Dados da pesquisa

Tomando-se por base os dados contidos na Tabela 17 e na Figura 33, aponta-se os maiores percentuais para o construto e na dimensão Obediência Cega no nível mediano, para ambos os cargos (enfermeiros: público 76,09%, privado 85,71%; técnicos: público 67,61%, privado 71,01%), sendo os índices mais elevados concentrados nas duas categorias do hospital privado. Complementando a análise, verifica-se que apenas para os enfermeiros da instituição privada é que este vínculo, na dimensão Aceitação Íntima, se mostrou com nível alto (85,71%), confirmando os resultados já expostos nas análises para a amostra geral e indicando que enfermeiros das instituições privadas são altamente consentidos, cumprindo

normas e regras estabelecidas pela organização por meio de uma concordância com as mesmas.

Da mesma forma como exposto sobre o vínculo de Entrincheiramento, não foram localizados estudos sobre o vínculo de Consentimento Organizacional em instituições hospitalares e com enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, não sendo possível se realizar uma análise comparativa com outras pesquisas.

Finalizando as considerações acerca dos vínculos organizacionais, como forma de melhor visualizar das análises realizadas apresenta-se abaixo um quadro resumo, com a finalidade de revelar como o nível foi classificado para cada construto e suas dimensões, por tipo de instituição hospitalar, para a amostra de maneira geral e para enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem separadamente. Para tanto, optou-se por utilizar as cores *verde* quando o nível verificado foi classificado como *Alto*; *amarelo* para o nível classificado como *Médio*; e, *vermelho* para o nível *Baixo*, conforme Quadro 16.

VÍNCULOS COM A ORGANIZAÇÃO							
VARIÁVEL	A e B	HOSPITAL A - PÚBLICO			HOSPITAL B - PRIVADO		
	GERAL	GERAL	ENF.	TÉC.	GERAL	ENF.	TÉC.
COM							
AFE							
INS							
NOR							
ENT							
APS							
LIM							
ABI							
CON							
OBD							
ACT						*	

\* igual valor percentual classificado como alto e médio.

Quadro 16 – Quadro Resumo dos níveis de “Vínculos com a Organização”

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme observa-se no Quadro 16, o Comprometimento Organizacional apresentou-se como de nível médio para as categorias analisadas, de maneira geral e por tipo de instituição, sendo apenas a base Afetiva classificada como nível alto para a amostra total (Hospital A e B), técnicos/auxiliares de enfermagem no Hospital A e enfermeiros no Hospital B. O Entrincheiramento Organizacional e o Consentimento Organizacional também foram

apontados como de nível médio, sendo que no primeiro destacou-se um nível alto na base Arranjos Burocráticos Impessoais para as duas categorias do Hospital A, ao passo que no segundo foi evidenciado um nível médio e alto (pois apresentou igual percentual nos dois níveis) para o Hospital B na base Aceitação Íntima. Esses achados corroboram os dados apresentados anteriormente, os quais demonstraram o predomínio da base Afetiva para o Comprometimento Organizacional, bem como da base Arranjos Burocráticos Impessoais do Entrincheiramento Organizacional para o Hospital público e do Consentimento Organizacional, por meio da Aceitação Íntima, para o Hospital privado.

Sendo assim, após essas considerações em relação ao segundo objetivo do estudo, que teve o intuito de identificar os níveis de Comprometimento, Entrincheiramento e Consentimento Organizacional dos colaboradores da equipe de Enfermagem e comparar a forma como estes se desenvolvem nas instituições pesquisadas, apresenta-se na seção seguinte as análises para os construtos de Estilos de liderança.

#### **4.4 Identificando os níveis de Liderança: percepção dos pesquisados quanto ao estilo de gestão do seu superior imediato**

Para responder o terceiro objetivo específico que é o de verificar a percepção dos colaboradores da equipe de Enfermagem quanto ao estilo de gestão de seu superior imediato e comparar a forma como estes se desenvolvem nas instituições pesquisadas, padronizou-se os resultados das médias dos construtos e das dimensões que compõem os “Estilos de Liderança” a fim de classificá-los em Baixo, Médio e Alto (conforme procedimento explicado no método).

Para um melhor entendimento quanto às médias e aos níveis atingidos por cada estilo de gestão, primeiramente apresentou-se os construtos e de suas respectivas bases separadamente, analisando-as de maneira geral e por tipo de organização (subitens 4.4.1, 4.4.2 e 4.4.3). Em cada subitem as médias obtidas nos construto e em suas dimensões, bem como o desvio padrão, foram evidenciadas, assim como na seção anterior, inicialmente na totalidade da amostra (enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem juntos). Após essas constatações, passou-se a identificação dos níveis por meio do percentual de respondentes para cada variável. Por fim, apresentaram-se as medidas descritivas encontradas para as questões das escalas dos construtos, sob a forma de média e desvio padrão.

Na sequência (subitem 4.4.4), foi destacado um comparativo entre os construtos e suas dimensões por tipo de instituição hospitalar, apontando quais predominam em cada contexto de estudo. Finalizando essa seção, com o intuito de complementar as análises desse terceiro objetivo, realizou-se um exame das porcentagens de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem de forma independente, para o construto e por natureza de organização (público ou privado), procurando-se evidenciar o estilo que predomina para cada categoria profissional (subitem 4.4.5). No subitem seguinte, apresentam-se as considerações referente ao primeiro construto analisado, Liderança Transacional, e suas dimensões Recompensa contingente e Gerência pela exceção.

#### 4.4.1 Nível de Liderança Transacional

Para se iniciar a análise dos “Estilos de Liderança”, conforme dados contidos na Tabela 18, obteve-se as médias obtidas para o construto Liderança Transacional e dimensões, de maneira geral e por tipo de instituição.

Tabela 18 - Estatística do construto Liderança Transacional e de suas dimensões

CONSTRUTO	GERAL		HOSPITAL A PÚBLICO		HOSPITAL B PRIVADO	
	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)
<b>Liderança Transacional</b>	<b>66,22</b>	<b>12,36</b>	<b>64,96</b>	<b>12,46</b>	<b>67,69</b>	<b>12,07</b>
Recompensa Contingente	62,88	17,93	60,66	17,95	65,49	17,55
Gerência pela Exceção	70,34	13,65	70,24	13,32	70,45	14,03

Fonte: Dados da pesquisa

Para uma melhor compreensão das médias obtidas na Tabela 18, explana-se, na Figura 34, as classificações em relação às médias padronizadas para o construto e suas dimensões (representadas no Eixo Y), de maneira geral e por tipo de instituição hospitalar. Ressalta-se que as médias foram distribuídas nas três categorias estabelecidas, já explicadas anteriormente, com o intuito de esclarecer o indicador atingido por cada variável (representadas no Eixo X).

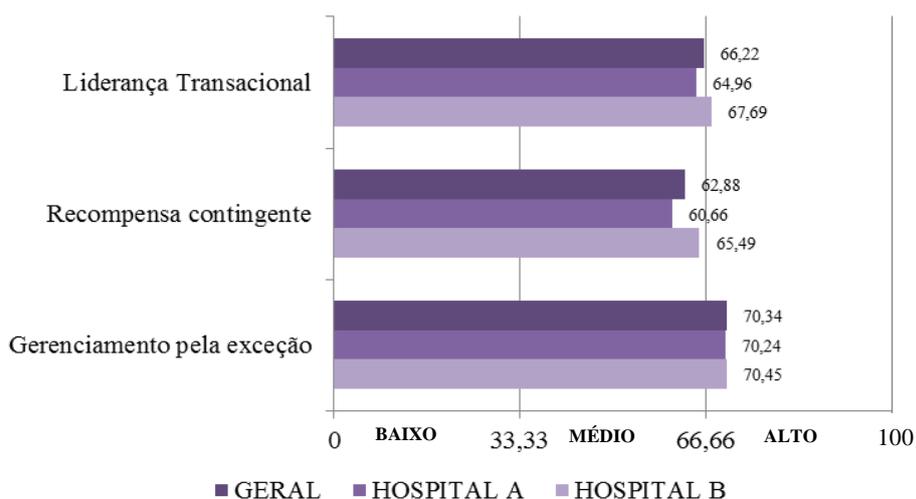


Figura 34 - Gráfico da média padronizada e classificação do nível de Liderança Transacional e suas dimensões

Fonte: Dados da pesquisa

Quando analisados os dados da Tabela 18 e Figura 34, referente à Liderança Transacional, verifica-se que o valor para a média geral foi de 66,22%, sendo esse classificado como de nível médio, contudo cabe salientar que este é próximo de ser classificado como alto (de 66,67 à 100%). Esta mesma classificação mediana se mantém quando analisada a média do Hospital A ( $\bar{x} = 64,96\%$ ), enquanto que para o Hospital B se classifica com nível alto ( $\bar{x} = 67,69\%$ ). Logo, pode-se inferir que os participantes da pesquisa do hospital privado visualizam seus líderes com um índice mais elevado de Liderança Transacional do que os pesquisados do hospital público.

Em relação às dimensões do construto constata-se, de maneira geral, um estilo de Gerência pela Exceção mais forte ( $\bar{x} = 70,34\%$ ) que o de Recompensa Contingente ( $\bar{x} = 62,88\%$ ), sendo o primeiro classificado como de nível alto e o segundo como de nível médio. Analisando-se essas dimensões de forma independente para as duas organizações têm-se igualmente valores mais altos para a base Gerência pela Exceção ( $\bar{x} = 70,24\%$  Hospital A;  $\bar{x} = 70,45\%$  Hospital B – ambos nível alto) do que para o estilo Recompensa Contingente ( $\bar{x} = 60,66\%$  Hospital A;  $\bar{x} = 65,49\%$  Hospital B – os dois classificados como nível médio). Ressalta-se que o hospital privado apresentou médias um pouco mais elevadas que o Hospital público, nas duas bases desse construto, indicando um maior índice desse estilo de liderança nessas instituições.

Complementando as análises, na Tabela 19 contém a média de Liderança Transacional (TRS) e das dimensões Recompensa contingente (REC) e Gerência pela exceção (GER), com embasamento nos percentuais das respostas dos participantes do estudo.

Tabela 19 - Distribuição percentual das respostas dos participantes por nível para o estilo de Liderança Transacional

CONSTRUTO (valores em %)	GERAL			HOSPITAL A PÚBLICO			HOSPITAL B PRIVADO		
	BAIXO	MÉDIO	ALTO	BAIXO	MÉDIO	ALTO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
TRS	0,90	46,87	<b>52,24</b>	1,11	<b>54,14</b>	44,75	0,65	38,31	<b>61,04</b>
REC	5,07	<b>53,73</b>	41,19	5,53	<b>60,22</b>	34,25	4,55	46,10	<b>49,35</b>
GER	0,90	44,78	<b>54,33</b>	0,55	42,54	<b>56,91</b>	1,30	47,40	<b>51,30</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Como forma de melhor visualizar esse dados, na Figura 35 os gráficos apresentam os percentuais de respostas para o construto.

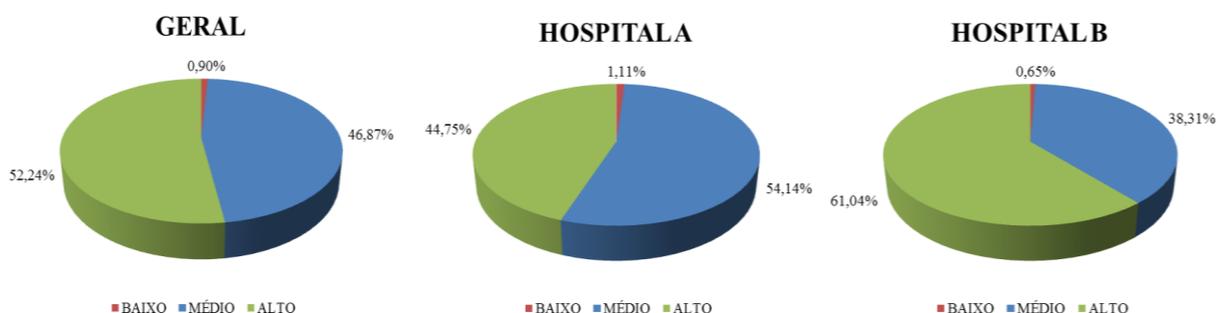


Figura 35 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto ao construto Liderança Transacional

Fonte: Dados da pesquisa

Como observa-se na Tabela 19 e na Figura 35, 52,24% das respostas da amostra geral classificam o líder como uma alta Liderança Transacional, sendo a maior porcentagem observada no Hospital B (61,04%) também classificada como nível alto, à medida que no Hospital A a maioria das respostas encontra-se no nível médio (54,14%). Em relação a esses resultados, cabe destacar que, apesar do número superior de pesquisados considerarem suas

respostas com um elevado nível para esse construto, quando realiza-se o cálculo da média na estatística geral o mesmo classifica-se como médio, como evidenciado anteriormente.

Para um melhor entendimento quanto às dimensões, na Figura 36 apresentam-se, os percentuais de respostas dos participantes do estudo.

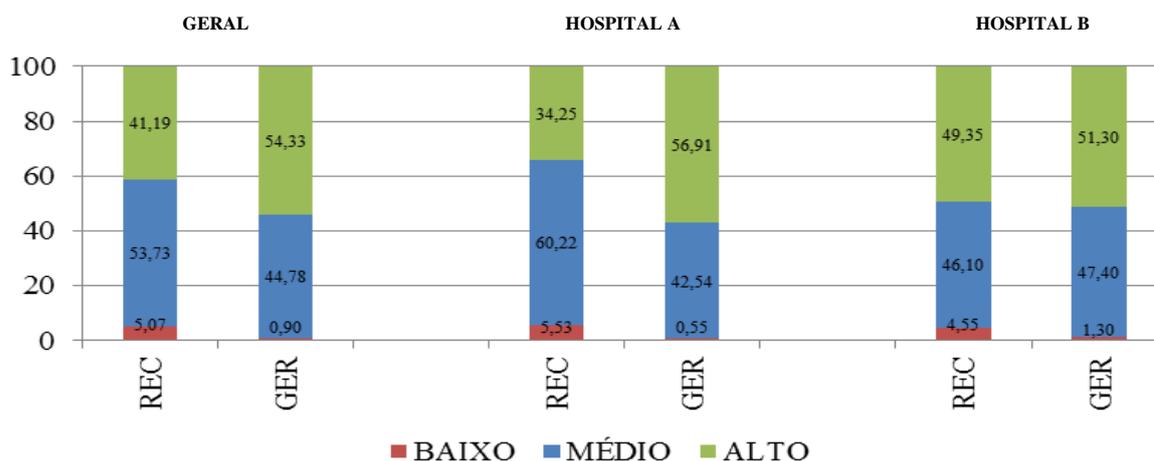


Figura 36 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto as dimensões da Liderança Transacional

Fonte: Dados da pesquisa

Considerando-se a análise da amostra para as dimensões verifica-se a Gerência pela Exceção sendo classificada como alto em todos os casos analisados (54,33% geral; 56,91% Hospital A; 51,30% Hospital B), mostrando a prevalência dessa base para o construto. Além disso, percebe-se a dimensão Recompensa Contingente como nível médio para amostra geral e do Hospital A (53,73% e 60,22%, respectivamente) e como alto para do Hospital B (49,35%), como já exposto anteriormente, percebe-se a predominância do construto de Liderança Transacional para os pesquisados da instituição privada.

Dessa forma, conclui-se que a Liderança Transacional se apresenta para o contexto de estudo, de uma forma geral, como um nível médio, predominada pela dimensão Gerência pela Exceção. Sendo assim, acredita-se ser possível afirmar que a equipe de Enfermagem participante da pesquisa classificam seus superiores como medianamente transacionais, sendo que esse estilo se apresenta mais fortemente como uma troca formal entre líder e liderado, com o objetivo de satisfazer a necessidade de ambos.

Corroborando com os achados desta pesquisa, o estudo de Santos e Moscon (2014) que analisou os estilos de liderança em servidores de uma organização pública, obtiveram

uma proximidade entre as médias dos fatores Recompensa Contingente e Gerência pela Exceção, sendo que esta última se sobressaiu. Outra pesquisa no qual também foi constatado um destaque para a dimensão Gerência pela Exceção no construto Transacional foi o desenvolvido por Santos (2012), que estudou os estilos de liderança pela auto percepção do líder em uma instituição hospitalar.

Já quando se analisa as instituições separadamente para esse construto, verifica-se os pesquisados do Hospital privado classificando seus superiores com um índice mais elevado de Liderança Transacional que os do Hospital público, e a dimensão Gerência pela Exceção também se destacando nessa situação. Dessa forma, esses resultados parecem demonstrar que o superior imediato atua como um líder nas organizações somente quando existem problemas, ou seja, gerenciam pela “exceção”, além de o *feedback* aos liderados ocorrer apenas quando acontece o erro.

Na sequência discute-se, de modo geral e por tipo de instituição, as medidas descritivas encontradas para os itens da escala de Liderança Transacional, sob a forma de média e desvio padrão, conforme dados contidos na Tabela 20.

Tabela 20 - Estatística descritiva dos itens da escala de Liderança Transacional

LIDERANÇA TRANSACIONAL			GERAL		HOSPITAL A		HOSPITAL B	
		Questão	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
REC	5	Meu superior imediato diz a mim e aos meus colegas o que fazer se quisermos ser recompensados pelo nosso trabalho.	3,00	1,03	2,91	1,00	3,12	1,06
	12	Meu superior imediato reconhece/recompensa quando eu e meus colegas alcançamos as metas.	3,39	1,09	3,29	1,12	3,50	1,01
	19	Meu superior imediato chama a atenção para o que eu e meus colegas podemos conseguir pelo que realizamos.	3,45	0,96	3,31	0,99	3,62	0,85
GER	6	Meu superior imediato fica satisfeito quando os empregados atingem os padrões desejados.	3,97	0,81	3,97	0,82	3,96	0,79
	13	Enquanto as coisas estiverem funcionando meu superior imediato não tenta mudar nada.	3,22	1,05	3,24	1,03	3,20	1,07
	20	Meu superior imediato diz os padrões que eu e meus colegas temos que saber para conduzir o nosso trabalho.	3,70	0,84	3,66	0,88	3,75	0,78

Fonte: Dados da pesquisa

Ao contemplar as variantes da escala de (1) discordo totalmente a (5) concordo totalmente, os resultados expostos na Tabela 20 despontam que as variáveis de maiores médias de assentimento para as dimensões foram as questões 19 – *Meu superior imediato*

chama a atenção para o que eu e meus colegas podemos conseguir pelo que realizamos (Geral  $\bar{x}=3,45$ ; Hospital A  $\bar{x}= 3,31$ ; Hospital B  $\bar{x}=3,62$ ), e 6 – *Meu superior imediato fica satisfeito quando os empregados atingem os padrões desejados* (Geral  $\bar{x}=3,97$ ; Hospital A  $\bar{x}= 3,97$ ; Hospital B  $\bar{x}=3,96$ ), para as bases Recompensa Contingente e Gerência pela Exceção, respectivamente. Essas afirmações demonstram que, na percepção dos pesquisados, tanto de maneira geral quanto por instituição, os superiores indicam o que os subordinados podem conseguir realizando as tarefas, ficando satisfeitos quando os padrões esperados são atingidos.

No polo oposto, com os menores escores obtidos, encontram-se as questões 5 – *Meu superior imediato diz a mim e aos meus colegas o que fazer se quisermos ser recompensados pelo nosso trabalho* e 13 – *Enquanto as coisas estiverem funcionando meu superior imediato não tenta mudar nada*. Este achado sinaliza para o fato de que os sujeitos pesquisados demonstram uma maior “indiferença” para essas assertivas, mas não chegando a “discordar” com as mesmas. Assim, feitas as considerações acerca da Liderança Transacional e suas dimensões, passa-se para a análise dos Estilos de liderança Transformacional.

#### 4.4.2 Nível de Liderança Transformacional

Ainda referente à análise dos Estilos de liderança na Tabela 21 são apresentadas as médias obtidas para o construto Liderança Transformacional.

Tabela 21 - Estatística do construto Liderança Transformacional e de suas dimensões

CONSTRUTO	GERAL		HOSPITAL A PÚBLICO		HOSPITAL B PRIVADO	
	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)
<b>Liderança Transformacional</b>	<b>68,30</b>	<b>14,93</b>	<b>66,33</b>	<b>15,57</b>	<b>70,63</b>	<b>13,79</b>
Carisma ou Influência Idealizada	68,79	20,66	65,74	22,03	72,40	18,28
Motivação Inspiracional	64,48	18,61	62,24	19,56	67,12	17,04
Estimulação Intelectual	65,58	18,87	63,23	20,29	68,37	16,62
Consideração Individualizada	66,84	17,96	64,64	19,11	69,43	16,11

Fonte: Dados da pesquisa

Para uma melhor visualização dos níveis atingidos pelas variáveis, na Figura 34 ilustram-se as classificações em relação às médias padronizadas para o construto e dimensões.

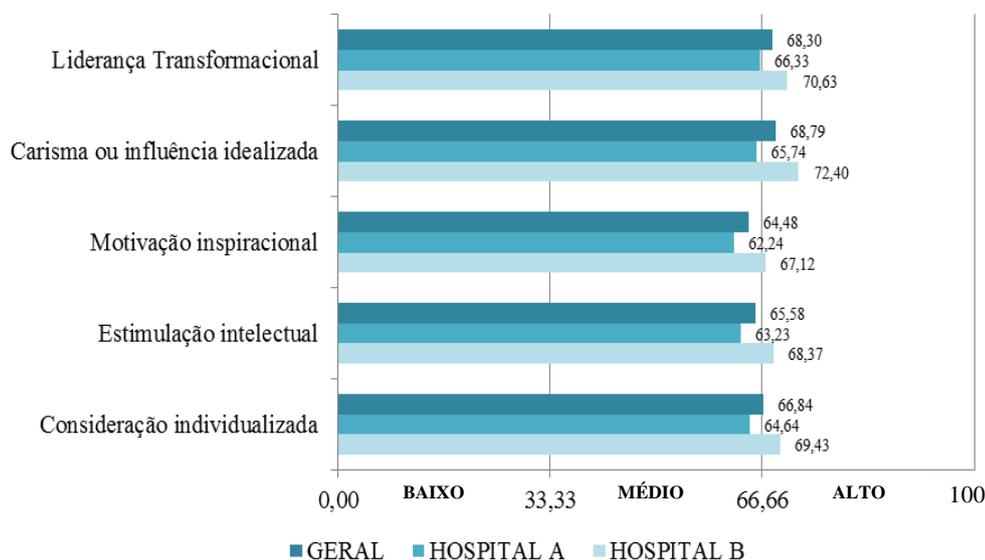


Figura 37 - Gráfico da média padronizada e classificação do nível de Liderança Transformacional e suas dimensões

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação às dimensões do construto, analisando-se os dados da Tabela 21, de maneira geral, verifica-se um nível alto para as bases Carisma ou Influência Idealizada ( $\bar{x}$  = 68,79%) e Consideração Individualizada ( $\bar{x}$  = 66,84%) e níveis médios para Motivação Inspiracional ( $\bar{x}$  = 64,48%) e Estimulação Intelectual ( $\bar{x}$  = 65,58%), conforme se pode visualizar na Figura 37.

Quando essas dimensões são analisadas de forma independente para as duas instituições, têm-se valores no nível alto para todas as bases relacionadas ao Hospital B ( $\bar{x}$  = 72,40%;  $\bar{x}$  = 67,12%;  $\bar{x}$  = 68,37%;  $\bar{x}$  = 69,43%), enquanto que para o Hospital A todas são classificadas como de nível médio ( $\bar{x}$  = 65,74%;  $\bar{x}$  = 62,24%;  $\bar{x}$  = 63,23%;  $\bar{x}$  = 64,64%). Cabe ressaltar que para ambos os contextos, de maneira geral e por tipo de instituição, os maiores percentuais são verificados para a base Carisma ou Influência Idealizada.

Tais resultados são corroborados com o apresentado na Tabela 22, que evidenciam o nível do construto e das dimensões Carisma ou Influência Idealizada (INF), Motivação

Inspiracional (MOT), Estimulação Intelectual (EST) e Consideração Individualizada (IND), com base nos percentuais das respostas dos participantes do estudo.

Tabela 22 - Distribuição percentual das respostas dos participantes por nível para o estilo de Liderança Transformacional

CONSTRUTO (valores em %)	GERAL			HOSPITAL A PÚBLICO			HOSPITAL B PRIVADO		
	BAIXO	MÉDIO	ALTO	BAIXO	MÉDIO	ALTO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
<b>TRF</b>	2,68	33,93	<b>63,39</b>	3,30	40,11	<b>56,59</b>	1,95	26,62	<b>71,43</b>
INF	6,85	32,14	<b>61,01</b>	8,24	36,26	<b>55,50</b>	5,20	27,27	<b>67,53</b>
MOT	4,76	46,43	<b>48,81</b>	6,04	<b>49,45</b>	44,51	3,25	42,86	<b>53,89</b>
EST	6,25	40,77	<b>52,98</b>	8,24	43,96	<b>47,80</b>	3,90	37,01	<b>59,09</b>
IND	5,65	37,50	<b>56,85</b>	7,14	41,21	<b>51,65</b>	3,89	33,12	<b>62,99</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação a esta distribuição percentual, na Figura 38 os gráficos representam os valores obtidos para as respostas do construto Liderança Transformacional.

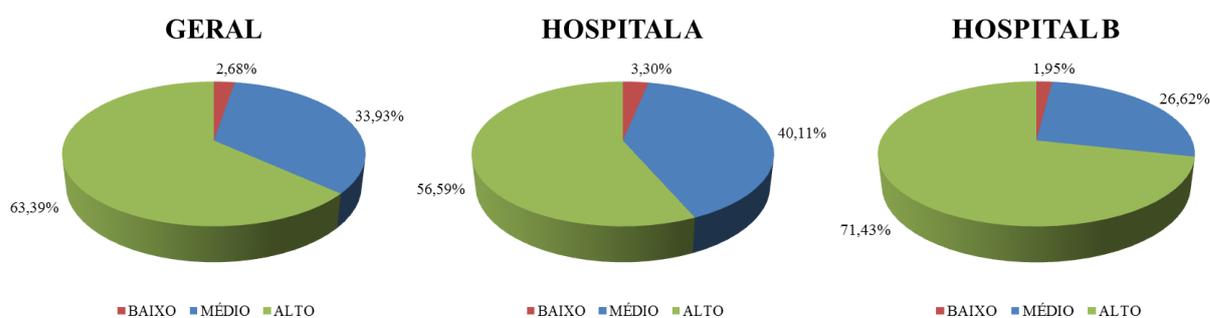


Figura 38 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto ao construto Liderança Transformacional

Fonte: Dados da pesquisa

Como observa-se na Tabela 22 e Figura 38, 63,39% das respostas da amostra classificam a Liderança Transformacional como sendo de nível alto, sendo que o mesmo se observa para o Hospital A e B (56,59% e 71,43%, respectivamente). Essa informação corrobora com o apresentado anteriormente, ou seja, uma maior incidência de nível alto entre

os participantes da pesquisa. Cabe ressaltar que mesmo que a instituição pública nesse caso tenha apresentado um maior percentual de respostas no nível alto, esse valor acaba não se sobressaindo na estatística geral apresentada anteriormente, o qual acabou classificado como nível mediano ( $\bar{x}$ =66,33%, ver Tabela 21), apesar do valor ser bem próximo do nível alto. Complementando essas análises, na Figura 39 apresentam-se, também em forma de gráficos, os percentuais de respostas dos participantes do estudo para as dimensões dessa Liderança.

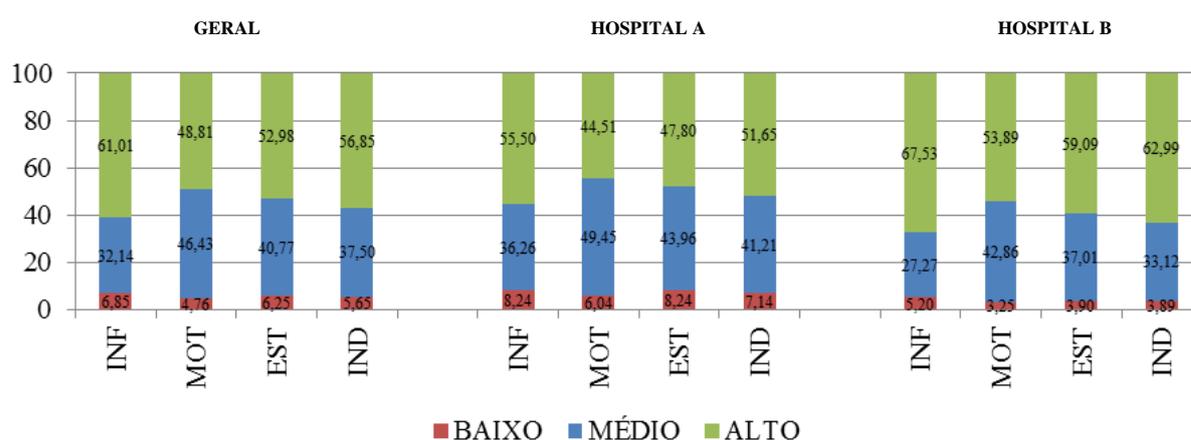


Figura 39 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto as dimensões da Liderança Transformacional

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto às dimensões apresentadas na Tabela 22 e Figura 39, de acordo com os pesquisados, todas as bases da Liderança Transformacional, tanto de forma geral quanto por tipo de instituição, têm os maiores percentuais no nível alto, sendo a única exceção visualizada na Motivação Inspiracional para o Hospital A, cujo o maior valor obtido foi no nível médio (49,45%). Como já apresentado anteriormente, os maiores percentuais são verificados na dimensão Carisma ou Influência Idealizada (61,01% geral; 55,50% Hospital A; 67,53% Hospital B) todos no nível alto.

Sendo assim, no que se refere à Liderança Transformacional e suas dimensões é possível afirmar que essa se apresenta, para a amostra geral, como sendo de nível alto, sendo a dimensão Carisma ou Influência Idealizada a que se destaca para o contexto de estudo. Portanto, com base nos resultados obtidos, pode-se afirmar que a equipe de Enfermagem dos hospitais pesquisados classificam seus líderes como altamente transformacionais, sendo que

esse estilo se sobressai em um modelo que desperta admiração, respeito e confiança dos liderados pelos superiores.

O estudo de Gonçalves (2008), em cinco instituições hospitalares sobre os Estilos de liderança por meio da auto percepção do enfermeiro gestor também evidenciou escores muito mais elevados para a liderança do tipo Transformacional. Além desse, o evidenciado por Santos (2012) em uma instituição hospitalar verificou uma maior Liderança Transformacional entre os gestores pesquisados, sendo que a base que predominou, contrariamente ao percebido nesse estudo foi a de Consideração Individualizada, à medida que a dimensão Carisma ou Influência Idealizada foi a segunda, sendo classificada como muito próxima da primeira. Já a pesquisa de Moscon (2013) apontou a base Carisma ou Influência Idealizada com os índices mais elevados para o seu contexto de estudo, ressaltando que nessa situação os empregados enxergavam os líderes como um modelo a ser seguido.

Quando considera-se a análise dos hospitais em separado, no Hospital B este estilo é classificado como de nível alto (70,63%), enquanto que para o Hospital A é classificado como nível mediano (66,33%). Em ambos os casos a dimensão que apresenta maior percentual também é Carisma ou Influência Idealizada (público 65,74%; privado 72,40%). Essa constatação demonstra que os pesquisados da instituição privada percebem seus superiores como altamente transformacionais, enquanto que os da instituição pública como medianamente transformacionais. Logo, parece assim ser correto afirmar que para o Hospital B, os líderes inspiram moralmente seus liderados, agindo como um exemplo.

Dando seguimento às análises, se discute, de modo geral e por tipo de instituição, as medidas descritivas encontradas para os itens da escala de Liderança Transformacional, sob a forma de média e desvio padrão, conforme visualiza-se na Tabela 23.

Tabela 23 - Estatística descritiva dos itens da escala de Liderança Transformacional

(continua)

LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL			GERAL		HOSPITAL A		HOSPITAL B	
		Questão	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
INF	1	O meu superior imediato faz eu e meus colegas nos sentirmos bem ao seu lado.	3,64	1,06	3,51	1,11	3,79	0,95
	8	Eu e meus colegas temos plena confiança em nosso superior imediato.	3,55	1,05	3,41	1,07	3,71	0,98
	15	Eu e meus colegas sentimos orgulho de trabalhar com nosso superior imediato.	3,48	1,04	3,34	1,09	3,65	0,92
MOT	2	O meu superior imediato expressa com poucas palavras o que eu e meus colegas poderíamos e deveríamos fazer.	3,43	0,99	3,38	1,01	3,49	0,96

(conclusão)

LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL			GERAL		HOSPITAL A		HOSPITAL B	
		Questão	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
MOT	9	O meu superior imediato passa uma imagem empolgante sobre o que eu e meus colegas podemos fazer.	3,32	1,09	3,18	1,13	3,49	0,99
	16	Meu superior imediato ajuda a mim e aos meus colegas a encontrarmos significado no nosso trabalho.	3,37	1,03	3,24	1,07	3,51	0,95
EST	3	O meu superior imediato faz com que eu e meus colegas pensemos sobre os antigos problemas de uma nova maneira.	3,43	0,92	3,34	0,99	3,53	0,82
	10	O meu superior imediato proporciona a mim e aos meus colegas novas maneira de olhar para as coisas problemáticas.	3,46	1,03	3,31	1,12	3,64	0,85
	17	O meu superior imediato consegue que eu e meus colegas repensemos ideias que nós nunca havíamos questionado antes.	3,36	0,99	3,27	1,06	3,47	0,88
IND	4	O meu superior imediato ajuda no desenvolvimento meu e de meus colegas.	3,64	0,96	3,56	1,02	3,75	0,86
	11	Meu superior imediato deixa que eu e meus colegas saibamos o que ele acha do que estamos fazendo.	3,58	0,89	3,54	0,93	3,63	0,85
	18	Meu superior imediato dá atenção pessoal aos empregados que parecem rejeitados.	3,22	1,06	3,05	1,09	3,42	0,97

Fonte: Dados da pesquisa

Ao considerar a variação da escala de (1) discordo totalmente a (5) concordo totalmente, os resultados expostos na Tabela 23 demonstram que as questões de maiores médias de concordância para as dimensões foram: dimensão Carisma ou Influência Idealizada item 1 – *O meu superior imediato faz eu e meus colegas nos sentirmos bem ao seu lado* (Geral  $\bar{x}$ =3,64; Hospital A  $\bar{x}$ = 3,51; Hospital B  $\bar{x}$ =3,79); dimensão Motivação Inspiracional item 2 – *O meu superior imediato expressa com poucas palavras o que eu e meus colegas poderíamos e deveríamos fazer* (Geral  $\bar{x}$ =3,43; Hospital A  $\bar{x}$ = 3,38) e item 16 – *Meu superior imediato ajuda a mim e aos meus colegas a encontrarmos significado no nosso trabalho* (Hospital B  $\bar{x}$ =3,51); dimensão Estimulação Intelectual item 10 – *O meu superior imediato proporciona a mim e aos meus colegas novas maneira de olhar para as coisas problemáticas* (Geral  $\bar{x}$ =3,46; Hospital B  $\bar{x}$ = 3,64) e item 3 – *O meu superior imediato faz com que eu e meus colegas pensemos sobre os antigos problemas de uma nova maneira* (Hospital A  $\bar{x}$ = 3,34); e, dimensão Consideração Individualizada item 4 – *O meu superior imediato ajuda no desenvolvimento meu e de meus colegas* (Geral  $\bar{x}$ =3,64; Hospital A  $\bar{x}$ = 3,56; Hospital B  $\bar{x}$ =3,75). Essas afirmações indicam que, pela percepção dos pesquisados, os líderes de ambas as organizações fazem com que os liderados sintam-se bem o seu lado, ajudando no

desenvolvimento desses, expressando o que esses devem fazer e ajudando-os a encontrar significado ao trabalho, por meio de novas maneiras de olhar os problemas.

Já na extremidade oposta, com os menores índices obtidos, têm-se as questões: 15 - *Eu e meus colegas sentimos orgulho de trabalhar com nosso superior imediato* (Geral  $\bar{x}=3,48$ ; Hospital A  $\bar{x}= 3,34$ ; Hospital B  $\bar{x}=3,65$ ); 9 - *O meu superior imediato passa uma imagem empolgante sobre o que eu e meus colegas podemos fazer* (Geral  $\bar{x}=3,32$ ; Hospital A  $\bar{x}= 3,18$ ; Hospital B  $\bar{x}=3,49$ ); 17 - *O meu superior imediato consegue que eu e meus colegas repensemos ideias que nós nunca havíamos questionado antes* (Geral  $\bar{x}=3,36$ ; Hospital A  $\bar{x}= 3,27$ ; Hospital B  $\bar{x}=3,47$ ); e, 18 - *Meu superior imediato dá atenção pessoal aos empregados que parecem rejeitados* (Geral  $\bar{x}=3,22$ ; Hospital A  $\bar{x}= 3,05$ ; Hospital B  $\bar{x}=3,42$ ). Apesar desses serem os menores escores apresentados para essa dimensão ressalta-se que suas médias apresentam-se como “altas”, apontando para uma avaliação mais positiva dos pesquisados quanto a essa escala.

#### 4.4.3 Nível de Ausência de Liderança

Referente à análise da última dimensão dos Estilos de liderança, denominada Ausência de Liderança ou (*Laissez Faire*), a Tabela 24 contém as médias obtidas para o construto, de maneira geral e por tipo de instituição.

Tabela 24 - Estatística do construto Ausência de Liderança

CONSTRUTO	GERAL		HOSPITAL A PÚBLICO		HOSPITAL B PRIVADO	
	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)
<b>Ausência de Liderança</b>	<b>46,03</b>	<b>16,25</b>	<b>43,88</b>	<b>15,24</b>	<b>48,56</b>	<b>17,02</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Com base nos dados da Tabela 24, em relação à Ausência de Liderança, o valor verificado para a média geral foi de 46,03% sendo classificado como um nível médio para essa amostra. Esta mesma classificação média se mantém para os casos do Hospital A e B ( $\bar{x}= 43,88\%$  e  $\bar{x}= 48,56\%$ , respectivamente). Cabe salientar que esses são os menores

valores apresentados para as escalas que medem os estilos de gestão dos superiores, demonstrando que os pesquisados acreditam mais fortemente que possuem líderes em suas organizações, seja com estilo Transacional ou Transformacional, do que não possuem.

Com o intuito de esclarecer o nível atingido pelo construto, na Figura 40 ilustram-se as classificações em relação às médias padronizadas para o construto (representadas no Eixo Y), de maneira geral e por tipo de instituição hospitalar. As médias foram distribuídas nas três categorias estabelecidas, como já exposto anteriormente.

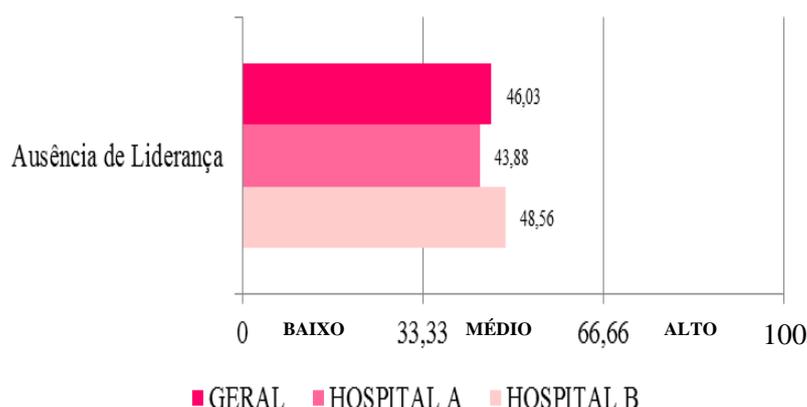


Figura 40 - Gráfico da média padronizada e classificação do nível de Ausência de Liderança

Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar os dados da Figura 40 percebe-se uma predominância de “não liderança” para a instituição privada do que para a pública, indicando que algumas vezes nessas organizações os superiores podem “ignorar” a sua responsabilidade de líder. Como forma de aprofundar o revelado até o momento, na Tabela 25, apresenta-se o nível de Ausência de Liderança (AUS), com base nos percentuais das respostas dos participantes do estudo quanto a esse estilo.

Tabela 25 - Distribuição percentual das respostas dos participantes por nível para Ausência de Liderança

CONSTRUTO (valores em %)	GERAL			HOSPITAL A PÚBLICO			HOSPITAL B PRIVADO		
	BAIXO	MÉDIO	ALTO	BAIXO	MÉDIO	ALTO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
<b>AUS</b>	13,73	<b>77,61</b>	8,66	14,92	<b>79,00</b>	6,08	12,34	<b>75,97</b>	11,69

Fonte: Dados da pesquisa

Para uma melhor visualização desses dados, na Figura 41 visualiza-se, na forma de gráficos, os percentuais de respostas para a Ausência de Liderança.

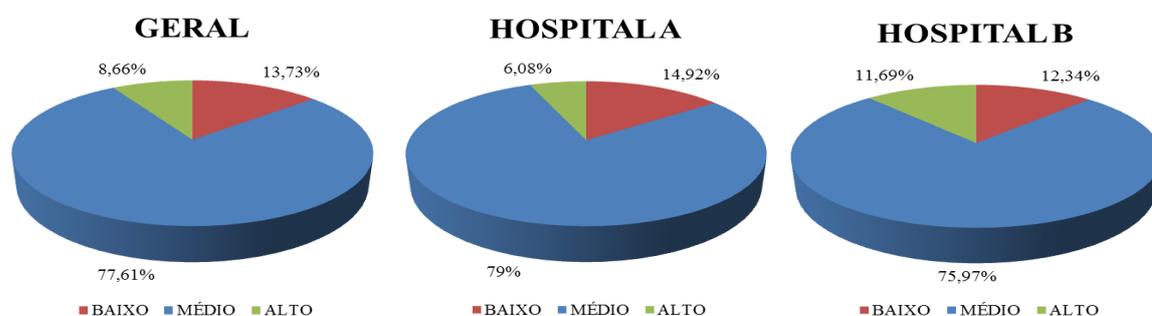


Figura 41 - Percentual geral e por tipo de instituição das respostas dos pesquisados quanto ao construto Ausência de Liderança

Fonte: Dados da pesquisa

Como observa-se na Tabela 25 e na Figura 41, 77,61% das respostas da amostra geral se concentram em um nível médio de Ausência de liderança, sendo que no Hospital A (público) são 79% e no Hospital B (privado) são 75,97%. Em relação a esses dados, verifica-se ainda um maior percentual de respostas classificadas como baixo nível (Geral 13,73%; Hospital A 14,92% e Hospital B 12,34%) demonstrando a avaliação favorável dos outros dois construtos (lideranças Transacional e Transformacional) e apontando que, de acordo com a percepção dos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, existe liderança nas organizações participantes do estudo. Esses achados corroboram com o encontrado nos estudos de Gonçalves (2008), e Moscon (2013) que obtiveram também baixos índices de Ausência de Liderança para os seus contextos de estudo.

Sendo assim, no que compete à Ausência de Liderança é possível afirmar que essa se apresenta com um nível médio, sendo esse o menos verificado entre os estilos pesquisados. Essa constatação reforça a avaliação positiva da equipe de Enfermagem dos hospitais pesquisados quanto à maneira de gestão de seus superiores (e negativa em relação ao presente construto), indicando que estes acreditam ter líderes em suas organizações, sejam esses transacionais ou transformacionais.

Na sequência, Tabela 26, são apresentadas, de modo geral e por tipo de instituição, as medidas descritivas encontradas para os itens da escala de Ausência de Liderança, sob a forma de média e desvio padrão.

Tabela 26 - Estatística descritiva dos itens da escala de Ausência de Liderança

AUSÊNCIA DE LIDERANÇA		GERAL		HOSPITAL A		HOSPITAL B	
Questão		$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
7	O meu superior imediato se contenta em deixar que os empregados continuem trabalhando da mesma forma de sempre.	2,66	1,03	2,53	0,98	2,81	1,06
14	Não importa o que eu e meus colegas queremos fazer, está tudo bem para o nosso superior imediato.	2,23	0,89	2,13	0,82	2,34	0,94
21	Meu superior imediato pergunta a mim e aos meus colegas somente o que é absolutamente essencial.	2,60	1,04	2,55	1,04	2,66	1,05

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme observa-se na Tabela 26, as três questões desse construto apresentam baixos valores percentuais, demonstrando a discordância dos pesquisados em relação a essa escala. Cabe ressaltar que, por essa escala ser contrária, ou seja, estar medindo um construto negativo, os itens de maiores e menores médios devem ser invertidos. Sendo assim, o item com maior média, nesse caso, foi verificado na questão 14 - *Não importa o que eu e meus colegas queremos fazer, está tudo bem para o nosso superior imediato*, mostrando que os pesquisados “discordam” com essa afirmativa, ou seja, o líder se importa com o que é feito pelos seus liderados.

Já os itens com médias mais baixas são: 7 - *O meu superior imediato se contenta em deixar que os empregados continuem trabalhando da mesma forma de sempre* e 21 - *Meu superior imediato pergunta a mim e aos meus colegas somente o que é absolutamente essencial*, sendo verificada uma “indiferença” dos participantes da pesquisa quanto a essas

questões e mostrando que os superiores, algumas vezes, podem não dar atenção a essas constatações.

#### 4.3.4 Comparando os “Estilos de Liderança”

Com a intenção de realizar uma comparação entre os níveis atingidos pelos construtos de “Estilos de Liderança”, na Tabela 27 são apresentadas as médias obtidas para esse construto, as quais se destacam por tipo de instituição.

Tabela 27 - Estatística dos construtos e das dimensões dos "Estilos de liderança”

CONSTRUTO	HOSPITAL A PÚBLICO		HOSPITAL B PRIVADO	
	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)	MÉDIA ( $\bar{x}$ )	DESVIO PADRÃO (s)
<b>Liderança Transacional</b>	<b>64,96</b>	<b>12,46</b>	<b>67,69</b>	<b>12,07</b>
Recompensa Contingente	60,66	17,95	65,49	17,55
Gerência pela Exceção	70,24	13,32	70,45	14,03
<b>Liderança Transformacional</b>	<b>66,33</b>	<b>15,57</b>	<b>70,63</b>	<b>13,79</b>
Carisma ou Influência Idealizada	65,74	22,03	72,40	18,28
Motivação Inspiracional	62,24	19,56	67,12	17,04
Estimulação Intelectual	63,23	20,29	68,37	16,62
Consideração Individualizada	64,64	19,11	69,43	16,11
<b>Ausência de Liderança</b>	<b>43,88</b>	<b>15,24</b>	<b>48,56</b>	<b>17,02</b>

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com o observado na Tabela 27, a Liderança Transformacional é a que apresenta os maiores índices de avaliação, sendo no Hospital A (público) classificada como de nível médio, mas muito próximo do alto ( $\bar{x}$  = 66,33%), enquanto que no Hospital B é avaliada como nível alto ( $\bar{x}$  = 70,63%). Essas evidências demonstram que os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem do Hospital A avaliam suas chefias como medianamente transformacionais, ao passo que no Hospital B esses são avaliados como altamente transformacionais.

Em relação a essas verificações é importante ressaltar que, embora o estilo Transformacional ter sido o que apresentou os maiores escores de média, a Liderança

Transacional também expôs valores muito próximos desta, sendo classificada como de nível médio no Hospital público ( $\bar{x} = 64,96\%$ ) e alto no privado ( $\bar{x} = 67,69\%$ ). Já a Ausência de liderança verifica os valores mais baixos, contribuindo com a avaliação favorável dos superiores em relação aos seus estilos. Os achados da presente investigação corroboram com o abordado por diversos autores que estudam os Estilos de liderança, sendo alguns destacados a seguir.

Santos (2005) realizou uma pesquisa com enfermeiros gestores de hospitais públicos e privados de Portugal, na qual os pesquisados consideram que aplicam mais no seu cotidiano de gestão uma liderança mista, do que puramente Transformacional, e pouco se auxiliam da “*laissez-faire*”. Em outro estudo, realizado por Gonçalves (2008), os estilos de liderança dos enfermeiros gestores apresentaram frequências elevadas para o estilo Transformacional, seguindo o Transacional e com frequência baixo ou ausente para o estilo Ausência de Liderança.

Além desses, Moscon (2013) também obteve uma percepção favorável dos pesquisados em relação aos seus líderes tanto na dimensão Transformacional quanto na Transacional, apoiando o que Bass (1999) já afirmava, que os melhores líderes são, ao mesmo tempo, transacionais e transformacionais.

Para uma melhor visualização das médias obtidas por cada construto, na Figura 42 visualizam-se as classificações em relação aos valores padronizados por tipo de instituição hospitalar, sendo esses distribuídos nas categorias Baixo, Médio e Alto.

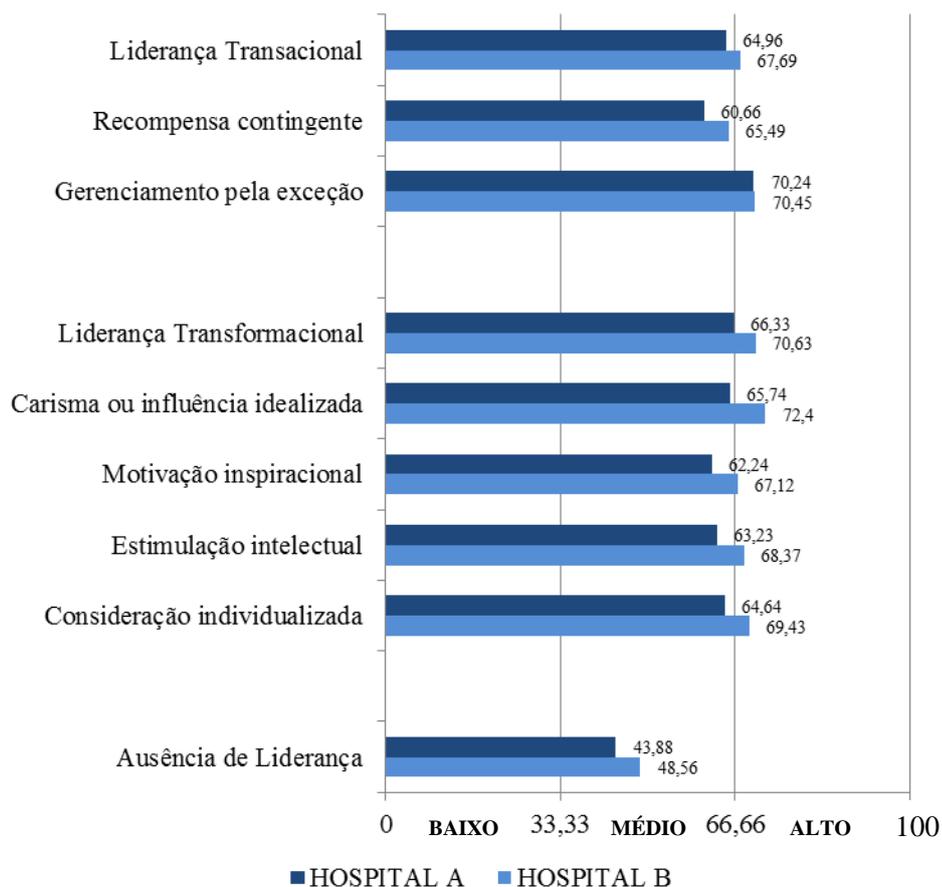


Figura 42 - Gráfico da média padronizada e classificação do nível dos construtos e dimensões de “Estilos de liderança”

Fonte: Dados da pesquisa

O líder Transacional, como evidenciado anteriormente, é aquele mais centrado nas tarefas administrativas e no estabelecimento de normas e regras, com o intuito de satisfazer tanto as necessidades dos indivíduos quanto da organização. Já o superior Transformacional está mais voltado na descentralização de poderes, delegando tarefas e sendo baseado na confiança e no auto desenvolvimento. Essa liderança, para Bass (1985), é a única modalidade que propicia aos seguidores um desempenho extraordinário, ao procurar elevar a consciência do grupo e da empresa, favorecendo a evolução das pessoas e alinhando às expectativas individuais e organizacionais.

Contudo, conforme consta da revisão de literatura, de acordo com Araujo (2011), as lideranças Transacional e Transformacional são processos distintos, entretanto complementares. Segundo Marquis e Huston (1999), apesar do líder Transformacional ser o

“ideal” é necessário que este seja acompanhado de qualidades transacionais para se ter um desempenho além das expectativas. Peleias (2007) ainda complementa que cada gestor tem seu estilo de liderança, sendo controversa a questão de determinar qual é o mais adequado, pois tudo varia conforme a situação vivenciada.

Essa afirmação corrobora o que já havia sido abordado nos estudos de Prenkert e Ehnfors (1997) e McGuire e Kennerly (2006), que a partir da teoria de Bass (1985), pesquisaram enfermeiros gestores que apresentaram Liderança Transacional e Transformacional e concluíram que esses comportamentos eram essenciais para melhorar o desempenho da organização e torná-la mais eficaz.

Diante de todas essas constatações, conclui-se que na percepção dos pesquisados, ambos os hospitais possuem líderes, sendo que no Hospital B (privado) essa liderança, de maneira geral (tanto Transacional quanto Transformacional) é verificada como sendo um pouco mais forte do que no Hospital A (público).

Além disso, cabe ressaltar também que os resultados verificados nesta pesquisa corroboram com o exposto na revisão de literatura no que se refere à Liderança Transacional e Transformacional, acreditando-se ser possível afirmar que esses estilos coexistem, não sendo abordagens opostas, e sim contribuindo uma com a outra.

Como forma de complementar as análises em relação ao terceiro objetivo deste estudo, apresenta-se a seguir os níveis dos construtos de Liderança em relação aos cargos de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem por instituição pública e privada, evidenciando-se convergências e/ou divergências nas respostas desses profissionais.

#### 4.4.5 Estilos de liderança por categoria profissional e por tipo de instituição

Dando sequência as análises do terceiro objetivo específico da pesquisa, realizou-se uma avaliação das porcentagens por tipo de categoria profissional (enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem separadamente), de cada construto e por natureza de organização (público ou privado), no intuito de obter o estilo de liderança que predomina para cada um dos contextos. Da mesma forma como nas análises anteriores, as médias foram distribuídas nas categorias Alto (de 66,67 a 100%), Médio (de 33,34 a 66,66%) e Baixo (de 0 a 33,33%), com o propósito de esclarecer o nível atingido por cada variável.

Na Tabela 28 expõem-se o nível de Liderança Transacional e de suas dimensões.

Tabela 28 - Nível de Liderança Transacional por categoria e tipo de instituição

<b>LIDERANÇA TRANSACIONAL (%)</b>						
<b>FUNÇÃO</b>	<b>BAIXO</b>		<b>MÉDIO</b>		<b>ALTO</b>	
	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Enfermeiro</b>	0,00	0,00	<b>67,44</b>	31,43	32,56	<b>68,57</b>
<b>Téc./Aux. Enfermagem</b>	1,47	0,85	<b>50,74</b>	40,68	47,79	<b>58,47</b>
<b>RECOMPENSA CONTINGENTE</b>						
<b>FUNÇÃO</b>	<b>BAIXO</b>		<b>MÉDIO</b>		<b>ALTO</b>	
	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Enfermeiro</b>	9,30	5,72	<b>72,09</b>	45,71	18,61	<b>48,57</b>
<b>Téc./Aux. Enfermagem</b>	4,41	4,24	<b>57,35</b>	46,61	38,24	<b>49,15</b>
<b>GERÊNCIA PELA EXCEÇÃO</b>						
<b>FUNÇÃO</b>	<b>BAIXO</b>		<b>MÉDIO</b>		<b>ALTO</b>	
	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Enfermeiro</b>	0,00	0,00	46,51	<b>51,43</b>	<b>53,49</b>	48,57
<b>Téc./Aux. Enfermagem</b>	0,74	1,69	41,91	46,61	<b>57,35</b>	<b>51,70</b>

Fonte: Dados da pesquisa

A partir do observado na Tabela 28, ambas as categorias profissionais apresentam um nível médio (enfermeiros 67,44%; técnicos/auxiliares 50,74%) de Liderança Transacional no Hospital público, sendo que no privado esse se classifica como alto (enfermeiros 68,57%; técnicos/auxiliares 58,47%).

A mesma constatação é verificada para a dimensão Recompensa Contingente (Hospital público – nível médio – enfermeiros 72,09%, técnicos/auxiliares 57,35%; Hospital privado – nível alto – enfermeiros 48,57%, técnicos/auxiliares 49,15%). Ressalta-se que estes achados apoiam o exposto antes para a amostra geral, que também constatou uma média liderança para o construto e a base Recompensa Contingente para o Hospital A e uma alta liderança para o Hospital B, quanto ao estilo de gestão Transacional.

Já a base Gerência pela Exceção apresentou nível médio para enfermeiros do Hospital privado e nível alto para enfermeiros do Hospital público e para técnicos/auxiliares de enfermagem de ambas as instituições.

Para melhor esclarecer o apresentado na Tabela 28, explana-se na Figura 43 a classificação de cada cargo em relação aos valores percentuais.

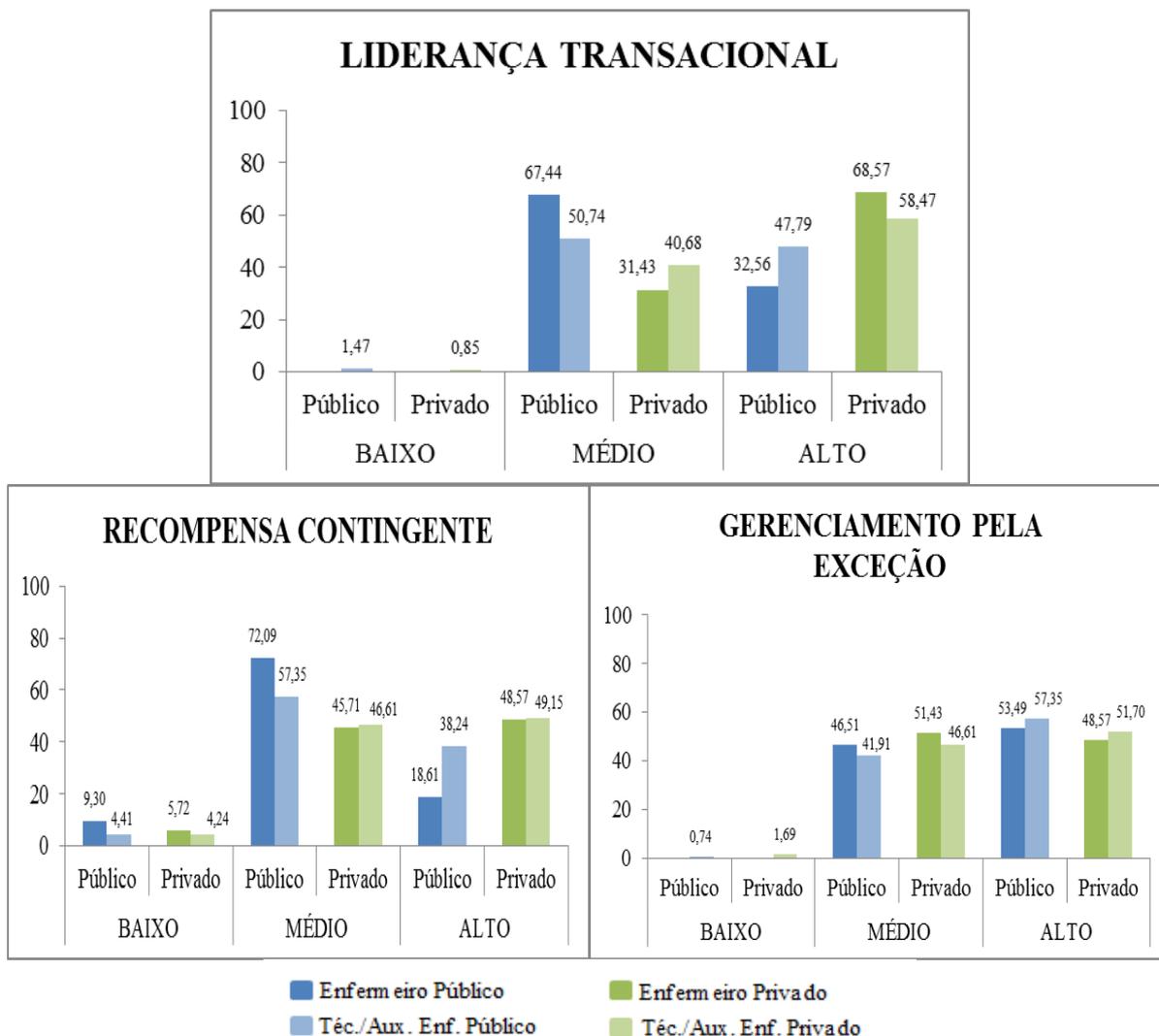


Figura 43 - Percentual por categoria profissional e tipo de instituição –Liderança Transacional

Fonte: Dados da pesquisa

A partir desses achados, parece ser correto afirmar que enfermeiros e técnicos/auxiliares da organização privada classificam seus líderes como mais transacionais que os do hospital público, corroborando com os resultados gerais evidenciados anteriormente.

Após realizadas essas considerações acerca do construto de Liderança Transacional para as categorias “enfermeiros” e “técnicos/auxiliares de enfermagem” passa-se para os resultados do nível de Liderança Transformacional, apresentados na Tabela 29.

Tabela 29 - Nível de Liderança Transformacional por categoria e tipo de instituição

LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL (%)						
FUNÇÃO	BAIXO		MÉDIO		ALTO	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Enfermeiro	6,82	2,86	<b>56,82</b>	22,86	36,36	<b>74,28</b>
Téc./Aux. Enfermagem	2,21	1,69	35,29	27,97	<b>62,50</b>	<b>70,34</b>
CARISMA OU INFLUÊNCIA IDEALIZADA						
FUNÇÃO	BAIXO		MÉDIO		ALTO	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Enfermeiro	13,64	2,86	40,91	25,71	<b>45,45</b>	<b>71,43</b>
Téc./Aux. Enfermagem	6,62	5,93	35,29	27,97	<b>58,09</b>	<b>66,10</b>
MOTIVAÇÃO INSPIRACIONAL						
FUNÇÃO	BAIXO		MÉDIO		ALTO	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Enfermeiro	11,36	2,86	<b>63,64</b>	<b>48,57</b>	25,00	<b>48,57</b>
Téc./Aux. Enfermagem	4,41	3,39	44,85	41,53	<b>50,74</b>	<b>55,08</b>
ESTIMULAÇÃO INTELLECTUAL						
FUNÇÃO	BAIXO		MÉDIO		ALTO	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Enfermeiro	15,91	2,86	<b>47,73</b>	34,28	36,36	<b>62,86</b>
Téc./Aux. Enfermagem	5,88	4,24	43,38	38,13	<b>50,74</b>	<b>57,63</b>
CONSIDERAÇÃO INDIVIDUALIZADA						
FUNÇÃO	BAIXO		MÉDIO		ALTO	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Enfermeiro	11,36	2,86	<b>45,46</b>	34,28	43,18	<b>62,86</b>
Téc./Aux. Enfermagem	5,88	4,24	40,44	33,05	<b>53,68</b>	<b>62,71</b>

Fonte: Dados da pesquisa

A partir do observado na Tabela 29, enfermeiros do Hospital público classificam seus superiores com um médio nível de Liderança Transformacional (56,82%), à medida que enfermeiros do Hospital privado percebem seus líderes com um nível alto para esse estilo de gestão (74,28%). Em relação à categoria técnicos/auxiliares de enfermagem, em ambas as instituições o nível obtido foi alto (62,50% Hospital público; 70,34% Hospital privado).

Para melhor esclarecer o apresentado na Tabela anterior, ilustra-se, na Figura 44, a classificação das funções (enfermeiro e técnico/ auxiliar de enfermagem) em relação aos valores percentuais (Eixo Y) e as categorias definidas (Eixo X).

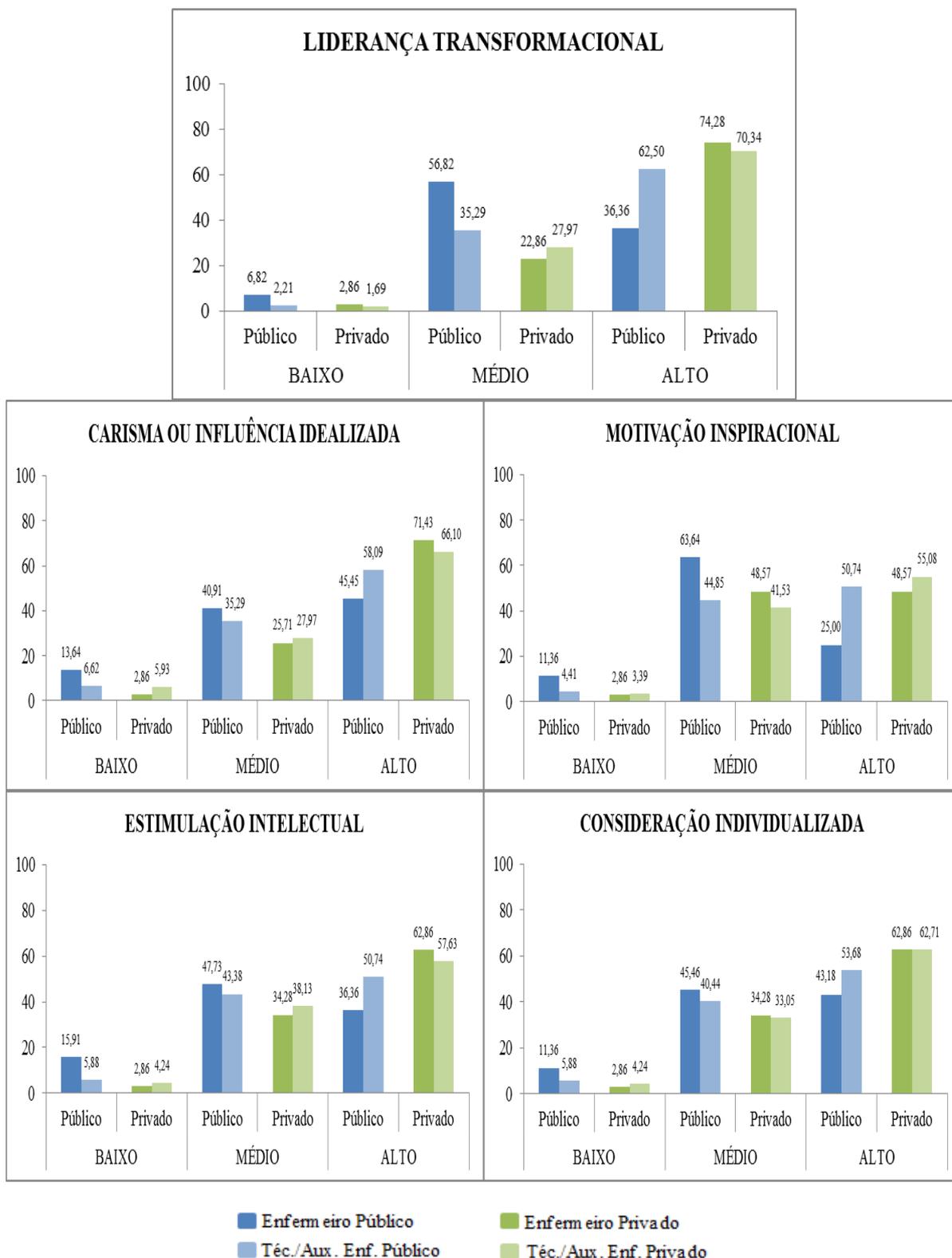


Figura 44 - Percentual por categoria profissional e por tipo de instituição – Liderança Transformacional

Fonte: Dados da pesquisa

Para as dimensões, verifica-se na Tabela 29 e Figura 44, um alto nível (enfermeiros A=45,45%; B=71,43% – técnicos/auxiliares A=58,09%; B=66,10%) classificado por ambas as funções, nos dois hospitais pesquisados, para Carisma ou Influência Idealizada. Na base Motivação Inspiracional enfermeiros do Hospital A classificam-na como média (63,64%) e técnicos/auxiliares do Hospital A e B como alta (50,74% e 55,08%, respectivamente). Nesse caso obteve-se porcentagem igual nos níveis médio e alto (48,57%) nesta dimensão para enfermeiros do Hospital B, demonstrando as visões diferentes dessa amostra quanto a percepção do estilo de liderança.

No que se refere às dimensões Estimulação Intelectual e Consideração Individualizada têm-se um nível médio para enfermeiros da instituição pública (47,43%; 45,46%) e alto para o privado (62,86%; 62,86%), e nível alto para técnicos de ambos os hospitais e ambas as bases (A=50,74% e B=57,63%; A=53,68% e B=62,71%).

Os dados apresentados corroboram com o exposto nas análises anteriores, que evidenciaram um maior nível de Liderança Transformacional no Hospital privado, mas não havendo tantas diferenças do público. Além disso, a base Carisma ou Influência Idealizada como sendo a que se destaca para ambos os contextos.

Por fim, na Tabela 30, se apresenta as considerações acerca da Ausência de liderança, para as categorias enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem.

Tabela 30 - Nível de Ausência de Liderança por categoria e tipo de instituição

FUNÇÃO	AUSÊNCIA DE LIDERANÇA (%)					
	BAIXO		MÉDIO		ALTO	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Enfermeiro	9,30	17,14	83,72	80,00	6,98	2,86
Téc./Aux. Enfermagem	16,91	11,02	77,94	74,57	5,15	14,41

Fonte: Dados da pesquisa

E, na Figura 45, ilustra-se a classificação das funções (enfermeiro e técnico/ auxiliar de enfermagem) em relação aos valores percentuais (Eixo Y) e as categorias definidas (Eixo X).

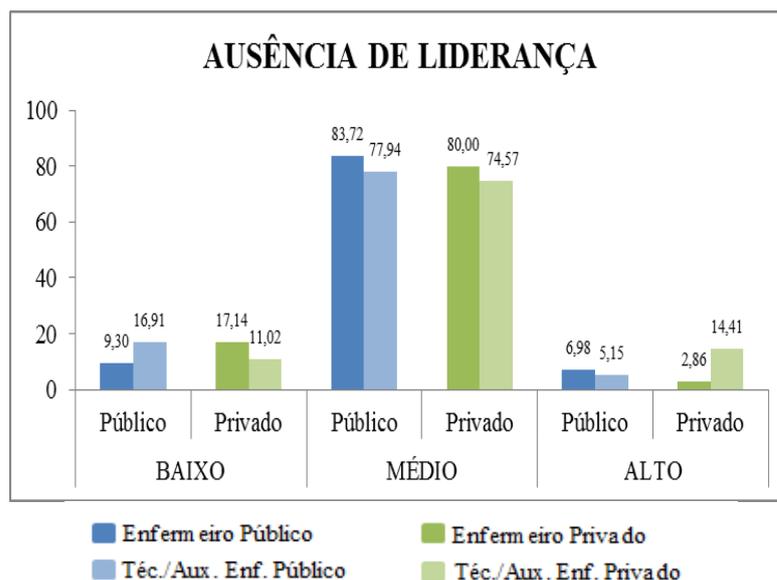


Figura 45 - Percentual por categoria profissional e tipo de instituição – Ausência de liderança

Fonte: Dados da pesquisa

Por meio dos dados contidos na Tabela 30 e Figura 45, verificam-se os maiores percentuais para ambos os cargos no nível mediano para o construto, sendo os percentuais dos enfermeiros (público 83,72%; privado 80%) ligeiramente superiores ao dos técnicos/auxiliares de enfermagem (público 77,94%; privado 74,57%). A partir disso, parece ser correto afirmar que técnicos/auxiliares de enfermagem dos hospitais públicos e privados percebem suas lideranças como de forma mais positiva que os enfermeiros dessas instituições.

Acredita-se que essa constatação dá-se devido aos enfermeiros assumirem o papel de líder perante técnicos/auxiliares que coordenam nas unidades, fazendo com que esses os considerem como tal. Contudo, esses enfermeiros muitas vezes não consideram os seus superiores imediatos como verdadeiros gestores, corroborando com o nível mais alto de Ausência de Liderança percebida por essa categoria.

Finalizando as análises referente ao terceiro objetivo desse estudo, como forma de melhor visualizar o exposto até aqui apresenta-se, abaixo, um quadro resumo com o intuito de revelar como o nível de “Estilos de Liderança” se apresenta para cada construto e suas dimensões, por tipo de instituição hospitalar, para a amostra de maneira geral e para enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem separadamente. Para tanto, utilizou-se as cores *verde* quando o nível verificado foi classificado como *Alto*; *amarelo* para o nível *Médio*; e, *vermelho* para o *Baixo*, conforme Quadro 17.

VÍNCULOS COM A ORGANIZAÇÃO							
	A e B	HOSPITAL A - PÚBLICO			HOSPITAL B - PRIVADO		
	GERAL	GERAL	ENF.	TÉC.	GERAL	ENF.	TÉC.
TRS							
REC							
GER							
TRF							
INF							
MOT						*	
EST							
IND							
AUS							

\* igual valor percentual classificado como alto e médio.

#### Quadro 17 - Quadro Resumo dos níveis de “Estilos de liderança”

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme observa-se no Quadro 17, de maneira geral (Hospital A e B) ambas as lideranças foram classificadas como nível alto, sendo que o Hospital B (privado) foi o que mais apresentou nível alto, tanto para o construto Transacional quanto para o Transformacional. Suas bases também destacaram-se com a maioria alta para essa instituição (ressalva para enfermeiros na dimensão Gerência pela Exceção que foi classificada como de nível médio). Já para o Hospital A foi evidenciado nível alto, em todas as categorias, para a base Gerência pela Exceção da Liderança Transacional e Carisma ou Influência Idealizada da Liderança Transformacional. Quanto a Ausência de Liderança, essa destacou-se como de nível médio para todos os casos.

Esses achados corroboram os dados apresentados anteriormente, os quais demonstraram que, de acordo com a percepção dos pesquisados, ambas as instituições possuem líderes, sendo que na organização privada essa se apresenta um pouco mais forte que na instituição pública. Ainda, em relação à Ausência de Liderança, a classificação mediana, próxima do nível baixo, reforça a avaliação positiva da equipe de Enfermagem quanto à gestão dos seus superiores.

Dessa forma, após as considerações feitas para o terceiro objetivo específico, que teve a intenção de verificar a percepção dos colaboradores da equipe de Enfermagem quanto ao estilo de gestão de seu superior imediato e comparar a forma como estes se desenvolvem nas instituições pesquisadas, apresenta-se na seção seguinte as análises das relações entre os Vínculos com a Organização e os Estilos de Liderança.

#### 4.5 A relação entre “Vínculos com a Organização” e “Estilos de Liderança”

Com o propósito de responder ao quarto e último objetivo específico deste estudo, o qual corresponde a caracterizar a forma como os vínculos dos trabalhadores com a organização se relacionam com os Estilos de liderança dos gestores nos contexto de estudo pesquisado, os dados foram analisados por meio do coeficiente de Correlação de Pearson. Essa correlação mede, segundo Hair Jr. et al. (2007), a força, a intensidade ou o grau de relação linear entre duas variáveis aleatórias, na presente pesquisa definidas pelos construtos de “Vínculos com a Organização” e “Estilos de Liderança”.

No entendimento de Field (2009), o coeficiente de correlação de Pearson pode variar entre -1 e +1, passando por zero. Para Lopes et al. (2008) valores próximos a +1 são indicativos de pouca dispersão e uma correlação forte e positiva, enquanto que próximos de “zero” indicam muita dispersão e ausência de relação entre as variáveis, ou seja, não existe relacionamento linear. Já os próximos de -1 significam pouca dispersão e uma correlação forte e negativa.

De acordo com esses autores, as variações do coeficiente de correlação ( $r$ ) são classificadas da seguinte maneira: abaixo de -1 = associações fortes e negativas; entre -1 a -0,5 = moderadas e negativas; de -0,5 a 0 = negativas e fracas; de 0 a +0,5 = fracas e positivas; entre +0,5 a +1 = moderadas e positivas e acima de +1 = fortes e positivas, conforme exposto na Figura 46.

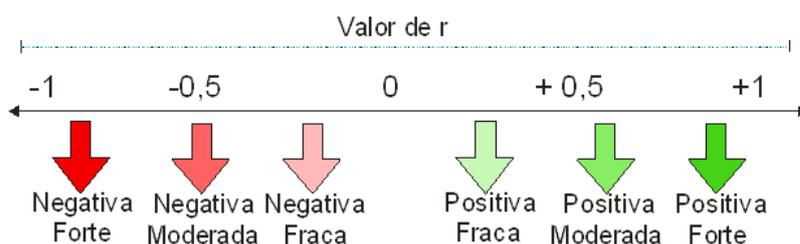


Figura 46 - Avaliação do coeficiente de correlação

Fonte: Lopes et al. (2008, p.140)

Sendo assim, na Tabela 31, demonstra-se as relações resultantes entre as médias dos construtos estudados, primeiramente de maneira geral, ou seja, para o Hospital A e B.

Tabela 31 - Matriz de correlação e significâncias dos “Vínculos com a organização” e “Estilos de liderança” – Geral

CORRELAÇÕES	COM	AFE	INS	NOR	ENT	APS	LIM	ABI	CON	OBD	ACT	TRS	REC	GER	TRF	INF	MOT	EST	IND	AUS	
COM	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p=0,0119	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0005	p=0,6284												
AFE	r=0,8055	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0017	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,3181										
INS	r=0,7894	r=-0,3288	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p=0,6670	p=0,1965	p=0,0802	p=0,2604	p=0,8019	p=0,3910	p=0,0968	p=0,4039	p=0,2756								
NOR	r=0,7593	r=0,4879	r=0,5044	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0041	p=0,0004	p=0,8714	p=0,0007	p=0,0012	p=0,0002	p<0,0001	p=0,0220	p=0,0727	
ENT	r=0,7591	r=0,4231	r=0,7801	r=0,6125	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,2400	p=0,0736	p=0,1714	p=0,1331	p=0,4972	p=0,1731	p=0,0345	p=0,3455	p=0,0700	
APS	r=0,7182	r=0,5290	r=0,5385	r=0,6968	r=0,8251	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0002	p<0,0001	p=0,0228	p<0,0001	p=0,007	p=0,0001	p<0,0001	p=0,0012	p=0,0019	
LIM	r=0,5805	r=0,2359	r=0,6270	r=0,5854	r=0,7899	r=0,5961	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0006	p=0,7586	p=0,4494	p=0,3951	p=0,7763	p=0,8689	p=0,5397	p=0,1587	p=0,7643	p=0,0055	
ABI	r=0,5027	r=0,2235	r=0,6838	r=0,2052	r=0,7585	r=0,3734	r=0,3682	<b>r=1,0000</b>	p=0,0404	p=0,1167	p=0,0487	p=0,4560	p=0,4419	p=0,1570	p=0,3519	p=0,1053	p=0,2643	p=0,3177	p=0,4138	p=0,2534	
CON	r=0,5524	r=0,5170	r=0,3133	r=0,5057	r=0,3948	r=0,5001	r=0,3425	r=0,1101	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0002	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,1068
OBD	r=0,3909	r=0,2879	r=0,2860	r=0,3921	r=0,3457	r=0,4123	r=0,3479	r=0,0844	r=0,9124	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0050	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0535
ACT	r=0,5870	r=0,6835	r=0,2224	r=0,4779	r=0,3057	r=0,4310	r=0,1826	r=0,1059	r=0,7106	r=0,03604	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0003	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,7140
TRS	r=0,2214	r=0,3268	r=0,0236	r=0,1564	r=0,0644	r=0,2015	r=-0,0169	r=-0,0409	r=0,3557	r=0,2811	r=0,3268	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p=0,5559							
REC	r=0,2484	r=0,3162	r=0,0708	r=0,1925	r=0,0979	r=0,2320	r=0,0415	r=-0,0422	r=0,4143	r=0,3435	r=0,3531	r=0,9118	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p=0,1236						
GER	r=0,1373	r=0,1705	r=0,0957	r=0,0089	r=0,0749	r=0,1243	r=-0,0466	r=0,0775	r=0,2026	r=0,1530	r=0,1981	r=0,5149	r=0,5296	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001
TRF	r=0,2493	r=0,3310	r=0,0616	r=0,1840	r=0,0821	r=0,2264	r=0,0156	r=-0,0509	r=0,4274	r=0,3418	r=0,3853	r=0,8522	r=0,8814	r=0,6590	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0882
INF	r=0,2314	r=0,3460	r=0,0137	r=0,1756	r=0,0372	r=0,1842	r=-0,0090	r=-0,0885	r=0,4148	r=0,3222	r=0,3901	r=0,7385	r=0,7566	r=0,5048	r=0,9113	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,4803
MOT	r=0,2366	r=0,3109	r=0,0470	r=0,2026	r=0,0745	r=0,2056	r=0,0336	r=-0,0611	r=0,4047	r=0,3324	r=0,3499	r=0,7516	r=0,7723	r=0,5325	r=0,9237	r=0,8297	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p=0,3032	
EST	r=0,2646	r=0,3129	r=0,0907	r=0,2238	r=0,1154	r=0,2566	r=0,0771	r=-0,0547	r=0,4089	r=0,3282	r=0,3665	r=0,7175	r=0,7160	r=0,4709	r=0,8892	r=0,7835	r=0,8207	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p=0,3561	
IND	r=0,1876	r=0,2565	r=0,0457	r=0,1249	r=0,0516	r=0,1765	r=-0,0164	r=-0,0447	r=0,3808	r=0,3134	r=0,3281	r=0,7670	r=0,7792	r=0,5239	r=0,9068	r=0,7937	r=0,8083	r=0,7780	<b>r=1,0000</b>	p=0,5082	
AUS	r=0,0265	r=-0,0547	r=0,0597	r=0,0982	r=0,0991	r=0,1691	r=0,1514	r=-0,0626	r=0,0883	r=0,1056	r=0,0201	r=-0,0323	r=0,0843	r=0,2757	r=0,0933	r=0,0387	r=0,0564	r=0,0506	r=0,0363	<b>r=1,0000</b>	

**Legenda.** COM: Comprometimento Organizacional; AFE: Comprometimento Afetivo; INS: Comprometimento Instrumental; NOR: Comprometimento Normativo; ENT: Enrincheiramento Organizacional; APS: Enrincheiramento Ajustamentos à Posição Social; LIM: Enrincheiramento Limitação de Alternativas; ABI: Enrincheiramento Arranjos Burocráticos Impessoais; CON: Consentimento Organizacional; OBD: Consentimento Obediência Cega; ACT: Consentimento Aceitação Íntima; TRS: Liderança Transacional; REC: Liderança Transacional Recompensa contingente; GER: Liderança Transacional Gerência pela exceção; TRF: Liderança Transformacional; INF: Liderança Transformacional Carisma ou influência idealizada; MOT: Liderança Transformacional Motivação inspiracional; EST: Liderança Transformacional Estimulação intelectual; IND: Liderança Transformacional Consideração individualizada; AUS: Ausência de liderança.

**Nota.** Correlações: p <0,05 - significativa; p<0,001 - altamente significativa.

Fonte: Dados da Pesquisa

Ao analisar os dados constantes na Tabela 31, observa-se que, todas as correlações entre as variáveis da pesquisa foram associações positivas, o que indica haver alguma forma de relação direta entre estas. Entretanto, alguns não apresentaram significância estatística, indicando que a probabilidade encontrada a partir dos dados amostrais podem não ser representativos nos parâmetros populacionais, dado que as hipóteses nulas são verdadeiras (DANCEY e REIDY, 2006).

Em relação à significância, de acordo com Figueiredo Filho e Silva Jr. (2009), em ciências sociais é comum adotar três diferentes patamares para analisar o valor  $p$ : 0,1 (significativo no nível de 10%); 0,05 (significativo no nível de 5%) e 0,01 (significativo no nível de 1%). Logo, esses valores de significância foram os utilizados no presente estudo.

Ao se analisar a intensidade das associações, nota-se que todos os casos significativos obtiveram-se coeficientes de correlação de 0 a +1, indicando, segundo a classificação de Lopes et al. (2008), relação positiva e fraca ou positiva e moderada.

Quanto às correlações positivas, Pestana e Gageiro (2003) sugerem que as mesmas sejam classificadas da seguinte maneira: menor que 0,2 associação muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; entre 0,9 e 1 muito alta. Em função do presente estudo ter apresentado somente associações positivas, e entre 0 e 1, ressalta-se que essa foi a classificação utilizada para qualificar a intensidade das relações.

Sendo assim, constata-se que na Tabela 31, além de todas as correlações terem sido positiva e fraca ou moderada, conforme indicado anteriormente, a grande maioria das associações podem ser classificadas como baixa (0,2 a 0,39) e moderada (0,4 a 0,69), com alguns casos de muito baixa (menor que 0,2), de alta (0,7 a 0,9), ou muito altas (0,9 a 1).

Analisando-se a correlação entre os construtos de **“Vínculos com a Organização”** verifica-se uma maior relação entre Comprometimento e Entrincheiramento ( $r=0,7591$  – intensidade alta), seguida do Comprometimento e Consentimento ( $r=0,5524$  – intensidade moderada) e por último Consentimento e Entrincheiramento ( $r=0,3948$  – intensidade baixa), apoiando os achados verificados na pesquisa de Pinho e Bastos (2014).

Ao se considerar a relação do primeiro construto, *Comprometimento Organizacional* e suas bases, percebe-se uma alta correlação entre COM e todas as dimensões AFE ( $r=0,8055$ ), INS ( $r=0,7894$ ) e NOR ( $r=0,7593$ ). Entretanto, esse vínculo também se relaciona de maneira forte com o construto de Entrincheiramento Organizacional, conforme explicado acima, sendo que a base que mais se destaca é a Instrumental (INS e ENT  $r=0,7801$ ), e de forma moderada com o Consentimento Organizacional, exposto anteriormente, no qual o maior valor aparece para a base Afetiva (AFE e CON  $r=0,5170$ ), seguida da Normativa (NOR e CON  $r=0,5057$ ).

Essas achados corroboram em parte com os estudos realizados por Bastos e seu grupo de pesquisa no que se refere a esses vínculos. De acordo com os pesquisadores, e conforme destacado na introdução do presente estudo, o Comprometimento poderia ser restringido a sua principal vertente, a base Afetiva, e as outras duas dimensões (Instrumental e Normativa) estariam mais ligadas aos construtos de Enrincheiramento e Consentimento.

Segundo os dados obtidos na presente pesquisa, é possível inferir que a base Afetiva está mais ligada ao Comprometimento, do mesmo modo que a base Instrumental tem mais relação com o Enrincheiramento, confirmando os resultados de Rodrigues (2009). Porém, o mesmo não pode ser consolidado em relação ao Consentimento, pois esse não teve a maior ligação com a base Normativa, e sim com a Afetiva, mesmo que a diferença tenha sido pequena.

Resultado semelhante para os construtos de Comprometimento e Consentimento foi verificado no estudo de Santos (2009) e Pinho e Bastos (2014), que encontraram uma alta correlação entre a dimensão Aceitação Íntima do Consentimento Organizacional e Afetiva do Comprometimento Organizacional. Assim como no estudo dos autores, essa foi a maior correlação encontrada entre as oito dimensões (AFE e ACT  $r=0,6835$ ), sendo aqui classificado com intensidade moderada.

Esse dado, bem como o de Pinho e Bastos (2014), sugerem pertinência para as declarações encontradas na literatura por Fleith (1999) e Tanure et al. (2007) acerca do desenvolvimento dos vínculos no Brasil, pois os aspectos culturais do País, como valores e a ênfase nos laços Afetivos devem ser levados em consideração. Para Fleith (1999), em função da elevada carga emocional, as pessoas são mais facilmente mobilizadas, e isso se reflete no contexto das organizações por meio da breve adesão às normas e regras pela equipe. Assim, segundo Pinho e Bastos (2014, p. 208), “a face coletivista da cultura brasileira indica a predominância de relações amistosas no local de trabalho, evitando-se conflito com quem tem mais poder”.

Entretanto, é importante destacar que essas análises expostas são constatações, a partir da observação da tabela em relação ao contexto específico em que esse estudo foi aplicado, logo não podem ser universalizadas, pois careceriam de testes estatísticos mais aprofundados, necessitando de maiores pesquisas sobre essas correlações.

Ainda em relação à análise dos construtos dos vínculos organizacionais, verifica-se o *Enrincheiramento Organizacional* (ENT) se correlacionando por uma intensidade alta com todas as suas bases: APS ( $r=0,8251$ ), LIM ( $r=0,7899$ ) e ABI ( $r=0,7585$ ), sendo a maior relação observada com a base Ajustamentos à Posição Social e a menor com Arranjos

Burocráticos Impessoais. A partir disso, infere-se que o Entrincheiramento para esse contexto de estudo se explica mais com a questão de o indivíduo manter-se na organização para preservar os treinamentos, redes de relacionamentos, tempo de conhecimento dos processos organizacionais, etc., apesar de não poder ser generalizado em função dos valores muito próximos entre as bases.

Cabe destacar a ligação forte da base Ajustamentos à Posição Social com o Comprometimento (APS e COM  $r=0,7182$ ), demonstrando que os colaboradores podem ficar nas instituições em função do que foi exposto acima, mas também porque se comprometem com a mesma. Entretanto, a associação mais significativa entre as bases do Comprometimento e as do Entrincheiramento dá-se para Instrumental e Arranjos Burocráticos Impessoais (ABI e INS  $r=0,6838$ ) evidenciando que esse é mais forte com a questão de permanecer na instituição em função da estabilidade e dos ganhos financeiros que seriam perdidos caso a deixasse. Além disso, os dados indicam também uma relação moderada com o Consentimento (APS e CON  $r=0,5001$ ), sugerindo que o maior ajustamento do colaborador promovido pela organização fará com que se tenha um maior cumprimento de ordens.

Essas constatações corroboram, em parte, com o estudo de Pinho e Bastos (2014), o qual igualmente verificou uma maior relação do construto ENT com a base APS, sendo a que também melhor se correlacionou com o Comprometimento e o Consentimento. Para Bastos et al. (2008b), os investimentos do indivíduo na sua adaptação na organização, a exemplo de treinamentos, conhecimento dos processos e relacionamentos com colegas de trabalho, contribuem para o seu ajuste e reconhecimento por parte desta, levando o mesmo a avaliar a perda caso a deixasse. Contudo, a forte ligação entre INS e ABI ressalta que essa permanência pode se dar muito em função da questão financeira por trás disso.

Já quanto ao *Consentimento Organizacional*, ocorreu uma relação com intensidade muito alta com a base Obediência Cega (CON e OBD  $r=0,9124$ ) e alta com a Aceitação Íntima (CON e ACT  $r=0,7106$ ). Isso demonstra que as dimensões do vínculo são coerentes com o construto proposto.

No que se refere à dimensão Obediência Cega percebe-se que esta é a que mais se relaciona com o construto, parecendo ser correto afirmar que o Consentimento está mais ligado a vertente sociológica do vínculo, e com a questão de cumprimento automático de normas a partir de uma postura passiva e sem uma avaliação ou julgamento por parte do indivíduo de suas atribuições. Esse resultado confirma os achados dos estudos de Moscon (2013) e Pinho e Bastos (2014), no qual a noção exposta ao Consentimento Organizacional também se adequou mais ao sentido proposto por essa base.

Vale ressaltar que essa dimensão apresentou uma intensidade baixa de relacionamento com a base Normativa do Comprometimento Organizacional (OBD e NOR  $r=0,3921$ ). Para tanto, evidencia-se que esses assumem sentidos diferentes ou mais distantes, pois à medida que a Obediência Cega é predominada pela relação de autoridade, subordinação e passividade do colaborador em relação ao líder, na dimensão Normativa existe o sentido de dever moral, de perseguir um curso de ação porque é o correto a ser feito. Logo, essa dimensão do Comprometimento está muito mais relacionada à Aceitação Íntima do Consentimento, como percebe-se pelo valor expresso na Tabela 31 (NOR e ACT  $r=0,4779$ ).

Contudo, cabe ressaltar que essa dimensão do Consentimento se relaciona mais fortemente com a base Afetiva do Comprometimento (ACT e AFE  $r=0,6835$ ), corroborando com o exposto por Moscon (2013), que evidencia que as questões relacionadas a aceitação íntima remetem a identificação e internalização de valores, o que sugere que o possível vínculo Afetivo se enquadra mais com o Comprometimento do que com o Consentimento.

Diante dessas constatações, conclui-se, no que diz respeito às correlações dos vínculos organizacionais para o contexto de estudo, que o Comprometimento Organizacional (COM) teve uma ligação mais intensa com a sua dimensão Afetiva (AFE), enquanto que a base Instrumental (INS) se relacionou mais fortemente com a dimensão Arranjos Burocráticos Impessoais (ABI) do Entrincheiramento e a base Normativa (NOR) à dimensão Aceitação Íntima (ACT) do Consentimento. O Entrincheiramento Organizacional (ENT), por sua vez, correlacionou-se em maior intensidade com a sua base Ajustamentos à Posição Social (APS). Já o Consentimento Organizacional (CON) associou-se mais fortemente com a sua base Obediência Cega (OBD) e a dimensão do Afetiva (AFE) do Comprometimento, por meio da Aceitação Íntima (ACT).

Passando-se à análise da correlação entre os construtos de “**Estilos de Liderança**” foi verificado uma associação alta entre Liderança Transacional e Transformacional (TRS e TRF  $r=0,8522$ ) e também da primeira com todas as dimensões da segunda - (TRS e INF  $r=0,7385$ ), (TRS e MOT  $r=0,7516$ ), (TRS e EST  $r=0,7175$ ) e (TRS e IND  $r=0,7670$ ) - corroborando com o que já foi exposto em relação a essas variáveis no que se refere a sua complementaridade. Sendo assim, de acordo com o que se observa na Tabela 31, e segundo a percepção dos pesquisados, os líderes das organizações podem possuir, ao mesmo tempo, características transacionais e transformacionais no seu estilo de gestão. Esse mesmo resultado foi verificado no estudo de Moscon (2013), no qual as duas também se correlacionaram fortemente.

Quanto à análise das dimensões que compõem os construtos, foi observado uma associação muito alta entre *Liderança Transacional* e a base Recompensa Contingente (TRS e

REC  $r=0,9118$ ) e moderada entre Liderança Transacional e Gerência pela Exceção (TRS e GER  $r=0,5149$ ). Sendo assim, evidencia-se que, nesse estudo, a Liderança Transacional pode ser melhor definida como o que Moscon (2013) aborda, ou seja, pela sua relação com a questão de recompensa e reconhecimento de realizações para os resultados desejados.

Em relação à base Recompensa Contingente, destaca-se ainda a alta associação com o construto Transformacional (REC e TRF  $r=0,8814$ ) e com todas as dimensões que o compõem – (REC e INF  $r=0,7566$ ), (REC e MOT  $r=0,7723$ ), (REC e EST  $r=0,7160$ ) e (REC e IND  $r=0,7792$ ) – sugerindo, dessa forma, que ambas podem ter ligação.

Já em relação à *Liderança Transformacional* e suas dimensões, todas se apresentam com associação muito alta ou alta - (TRF e INF  $r=0,9113$  – muito alta), (TRF e MOT  $r=0,9237$  – muito alta), (TRF e EST  $r=0,8892$  - alta) e (TRF e IND  $r=0,9068$  – muito alta), sendo a maior verificada para a base Motivação Inspiracional, entretanto não havendo muita diferença com as demais. De acordo com o referencial teórico, apresentado no capítulo 1 desta dissertação, o líder com alto índice na dimensão motivacional costuma ser visto como uma pessoa obstinada, com energia e com grande confiança no alcance de resultados, cujos objetivos se direcionam a aumentar o otimismo e o entusiasmo da equipe. Portanto, de acordo com a percepção dos pesquisados, esta dimensão é a que mais se associa com a questão Transformacional.

Por fim, quanto ao construto *Ausência de Liderança* esse se correlacionou muito fracamente com ambas as variáveis, sendo todos os valores verificados para  $r$  menor do que 0,2. Portanto, conclui-se que essa não tem relação com os Estilos de liderança, uma vez que nela não se observa troca entre líderes e liderados. Em relação à esse construto, cabe destacar o expressivo número de problemas em relação à significância estatística, que, conforme mencionado anteriormente, podem não ser representativos para a presente amostra.

No que diz respeito às correlações dos estilos de gestão para o contexto de estudo, conclui-se que a Liderança Transacional (TRS) se relacionou mais fortemente com a sua dimensão Recompensa Contingente (REC), ao passo que a Liderança Transformacional (TRF) teve uma ligação mais forte com a base Motivação Inspiracional (MOT). Destaca-se também a forte correlação entre os dois construtos, Liderança Transacional e Transformacional, ressaltando a coexistência de ambas. Já quanto a Ausência de Liderança (AUS), essa dimensão não se relacionou com os estilos, confirmando a sua “não liderança”.

Considerando a relação entre **“Vínculos com a Organização”** e **“Estilos de Liderança”** destacam-se as seguintes correlações:

➤ *Comprometimento Organizacional* – se relacionou mais fortemente com a Liderança Transformacional (COM e TRF  $r=0,2493$ ) e a dimensão Estimulação Intelectual (COM e EST  $r=0,2646$ ), sendo que a base do vínculo que mais se destacou foi a Afetiva (AFE e TRF  $r=0,3310$ ).

A dimensão Estimulação Intelectual, conforme abordado na revisão de literatura, é aquela na qual o líder estimula a equipe a ser inovadora e questionar as formas de realizar o trabalho, criando um ambiente original e aberto a novas ideias. Essa dimensão estar relacionada de um modo mais significativo com o Comprometimento evidencia a participação, para essa amostra, do carácter mais ativo desse vínculo.

Já a menor associação foi verificada na dimensão Consideração Individualizada (COM e IND  $r=0,1876$ ), na qual o líder oferece suporte e atenção de forma particular. Esse resultado mais desfavorável a essa base pode ser em função do ambiente de trabalho da enfermagem, no qual estão inseridos os participantes do estudo, uma vez que tratamentos particularizados são difíceis de serem implementados no contexto onde as normas determinam o tratamento de acordo com as regras estabelecidas.

Esse resultado corrobora, em parte, com o encontrado no estudo de Moscon (2013), no qual foi verificado uma forte relação do Comprometimento com a Liderança Transformacional, porém com destaque para a dimensão Carisma ou Influência Idealizada, e menor relação com Consideração Individualizada. Ressalta-se que nesse estudo a base Carisma ou Influência Idealizada se relacionou mais fortemente com a base Afetiva do Comprometimento (AFE e INF  $r=0,3460$ ). Essa relação indica que os colaboradores participantes do estudo se ligam mais afetivamente à organização quando possuem um líder que desperta admiração e confiança, exercendo influência emocional e ganhando respeito de seus seguidores por meio de seus comportamentos.

Por meio dessa análise foi possível confirmar à primeira hipótese proposta no estudo, qual seja: H1 - O vínculo de Comprometimento Organizacional se relaciona mais fortemente com o estilo de Liderança Transformacional. Sendo assim, a partir do observado, aceita-se a hipótese H1.

➤ *Entrincheiramento Organizacional* – se relacionou de forma significativa apenas com a Ausência de liderança (ENT e AUS  $r=0,0991$ ), contudo essa relação deu-se em uma intensidade bastante baixa.

O mesmo resultado foi verificado na pesquisa de Moscon (2013), que também já esperava que esse não se relacionasse com a liderança, uma vez que o vínculo diz respeito

mais a uma avaliação da estrutura Organizacional, do mercado e das próprias capacitações do que ao líder em si.

Vale destacar ainda, que assim como o trabalho da autora, no presente estudo a dimensão do Entrincheiramento que se relacionou mais fortemente com as lideranças foi a Ajustamentos à Posição Social, pois cabe ao líder oferecer um ambiente favorável ao melhor ajustamento no contexto Organizacional.

Por meio das análises da relação desse vínculo com os Estilos de liderança foi possível confirmar a terceira hipótese proposta no estudo: H2 - O vínculo de Entrincheiramento Organizacional se relaciona mais fortemente com a Ausência de liderança. Portanto, se aceita a hipótese H2.

➤ *Consentimento Organizacional* – teve maior correlação com a Liderança Transformacional (CON e TRF  $r=0,4274$ ), e com a dimensão Carisma ou Influência Idealizada (CON e INF  $r=0,4148$ ), apesar das outras bases estarem bem próximas a esta, sendo que a base do vínculo que mais se destacou foi a Aceitação Íntima (ACT e TRF  $r=0,3853$ ; ACT e INF  $r=0,3901$ ).

Logo, parece ser correto inferir que líderes que despertam admiração e confiança, ganhando o respeito dos seus seguidores e agindo como modelo, fazem com que os liderados cumpram as normas a partir da similaridade entre as visões pessoais e organizacionais, conduzindo a uma identificação do trabalhador com as regras, procedimentos e valores que embasam as decisões dos gestores.

A partir da análise do construto de Consentimento rejeitou-se a segunda hipótese da pesquisa, que afirmava: H3: O vínculo de Consentimento Organizacional se relaciona mais fortemente com o estilo de Liderança Transacional. Dessa forma, por meio do observado, refutou-se a hipótese H3, pois essa se relaciona mais fortemente com o estilo de Liderança Transformacional, no contexto em que se insere este estudo.

Portanto, quanto à relação dos “Vínculos com a organização” e os “Estilos de liderança” conclui-se, para o contexto de estudo, que o Comprometimento Organizacional (COM) se correlacionou mais intensamente com a Liderança Transformacional (TRF) e sua base Estimulação intelectual (EST), à medida que o Consentimento Organizacional (CON) também se ligou mais fortemente com essa liderança (TRF) e sua base Carisma ou influência idealizada (INF). Já o Entrincheiramento Organizacional (ENT) relacionou-se significativamente com a Ausência de liderança (AUS).

No que se refere aos relacionamentos hipotéticos do estudo, no Quadro 18 apresenta-se um resumo desses resultados:

HIPÓTESES		RESULTADO
H1	O vínculo de Comprometimento Organizacional se relaciona mais fortemente com o estilo de Liderança Transformacional.	Aceita
H2	O vínculo de Entrincheiramento Organizacional se relaciona mais fortemente com a Ausência de liderança.	Aceita
H3	O vínculo de Consentimento Organizacional se relaciona mais fortemente com o estilo de Liderança Transacional.	Rejeitada

Quadro 18 - Resultados obtidos para as hipóteses do estudo

Fonte: Dados da pesquisa

Em virtude da matriz geral de correlação de “Vínculos com a Organização” e “Estilos de Liderança” indicarem semelhanças entre as relações obtidas nas matrizes da instituição pública e da privada estas não serão expostas e discutidas nesse capítulo, sendo ilustradas nos apêndices E e F, respectivamente.

Ressalta-se que todas as associações entre os vínculos e os Estilos de liderança nas matrizes dos Hospitais públicos e privados se apresentaram da mesma forma como as da matriz geral (mesmos construtos se correlacionando), respondendo igualmente às hipóteses do estudo, sendo os valores numéricos diferentes, porém com igual intensidade de relação.

Entre as análises realizadas, não foram estatisticamente significativas as correlações entre as variáveis expostas a seguir, delimitadas com a cor vermelha na Tabela 31, e evidenciadas abaixo no Quadro 19:

(continua)

CONSTRUTO	DIMENSÃO	NÃO SIGNIFICATIVO COM...
Comprometimento Organizacional	Instrumental (INS)	Liderança Transacional (TRS); Recompensa contingente (REC); Gerência pela exceção (GER); Liderança Transformacional (TRF); Influência Idealizada (INF); Motivação inspiracional (MOT); Consideração individualizada (IND).
Entrincheiramento Organizacional	-	Liderança Transacional (TRS); Gerência pela exceção (GER); Liderança Transformacional (TRF); Influência Idealizada (INF); Motivação inspiracional (MOT); Consideração individualizada (IND).
	<i>Limitação de Alternativas (LIM)</i>	Liderança Transacional (TRS); Recompensa contingente (REC); Gerência pela exceção (GER); Liderança Transformacional (TRF); Influência Idealizada (INF); Motivação inspiracional (MOT); Estimulação intelectual (EST); Consideração individualizada (IND).

(conclusão)

Entrincheiramento Organizacional	<i>Arranjos Burocráticos Impessoais (ABI)</i>	Obediência Cega (OBD); Liderança Transacional (TRS); Recompensa Contingente (REC); Gerência pela Exceção (GER); Liderança Transformacional (TRF); Carisma ou Influência Idealizada (INF); Motivação Inspiracional (MOT); Estimulação Intelectual (EST); Consideração individualizada (IND).
<i>Ausência de liderança (AUS)</i>		Comprometimento Organizacional – base Instrumental (INS); Entrincheiramento Organizacional – base Arranjos Burocráticos Impessoais (ABI); Consentimento Organizacional (CON) e base Aceitação Íntima (ACT); Liderança Transacional (TRS) e base Recompensa contingente (REC); Liderança Transformacional – bases Carisma ou Influência Idealizada (INF), Motivação Inspiracional (MOT), Estimulação Intelectual (EST), Consideração Individualizada (IND).

#### Quadro 19 - Correlações estatisticamente não significativas

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo Moscon (2013), o líder é o representante da organização com o qual os colaboradores mantêm contato mais direto, portanto, possuem um papel importante que não pode ser desprezado. Quando o indivíduo comenta que “gosta” de trabalhar em determinado local, esse sentimento de “gostar” pode ser reflexo de inúmeras características que esse lugar oferece, sendo que muitas vezes são os líderes que mediam essas relações. Logo, vincular-se a uma organização também significa se ligar a quem a representa.

Por meio dos achados deste estudo, acredita-se ser possível afirmar que os vínculos que os trabalhadores desenvolvem com suas organizações estão relacionados aos estilos de liderança dos seus gestores, ou a ausência destes, sendo algumas com uma intensidade mais forte, outras mais fracas, mas todos positivamente associados. Dessa forma, destaca-se que existe relação entre os vínculos com a organização e estilos de liderança na equipe de Enfermagem pesquisada.

Diante dos resultados apresentados, passa-se na seção seguinte a exposição das considerações finais, abordando os desfechos dessa dissertação, sintetizando suas principais contribuições, bem como limitações e implicações para estudos futuros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender os fenômenos relacionados ao comportamento humano nas organizações é assunto que instiga pesquisadores e estudiosos da área há algum tempo. Embora esse interesse seja antigo, a competitividade cada vez maior no mundo do trabalho faz ampliar a exigência por trabalhadores e gestores mais envolvidos com suas equipes e instituições. A liderança, juntamente com o estabelecimento de Vínculos com a organização, são exemplos dessas dificuldades.

Vínculos organizacionais e estilos de gestão são tópicos que despertam grande interesse de pesquisa, uma vez que diversos estudos têm sido desenvolvidos sobre estes construtos. Entretanto, apesar do número expressivo, ainda possuem grandes divergências conceituais, possibilitando margem para discussão e aprofundamento.

A despeito dessas pesquisas voltadas à compreensão dos vínculos, a maioria delas prioriza apenas o enfoque Afetivo como variável de análise, deixando de lado suas questões mais instrumentais e Normativas. Além disso, poucas são as que consideram a relação entre estes e os Estilos de liderança. Diante disso, este estudo procurou trazer contribuições para o entendimento de tal relação.

Em qualquer organização, o líder tem papel fundamental de elo entre o trabalhador e empresa, sendo que seu estilo de gestão pode impactar no estabelecimento desse vínculo. No contexto de um ambiente rico em práticas de gestão acredita-se que podem ser inseridas as organizações de saúde e a área de Enfermagem. Para tanto, a presente dissertação teve como objetivo principal analisar a relação entre os vínculos dos trabalhadores e os Estilos de liderança dos gestores na equipe de Enfermagem de duas instituições hospitalares, uma pública e uma privada, localizadas na cidade de Porto Alegre/RS.

Para o cumprimento desse propósito, foram aplicados questionários aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem dos Hospitais participantes da pesquisa, tendo como base os modelos de Vínculos com a organização – Comprometimento Organizacional de Bastos et al. (2011), Entrincheiramento Organizacional de Rodrigues (2009) e Consentimento Organizacional de Silva (2009) – e de Estilos de liderança – MLQ *Form 6s* adaptado por Moscon (2013). Logo, com base nos resultados obtidos por meio das análises dos dados, este capítulo tem como finalidade apresentar uma síntese dos achados mais relevantes encontrados neste estudo.

No intuito de responder ao **primeiro objetivo específico**, que foi o de *descrever o perfil sócio demográfico dos colaboradores da equipe de Enfermagem dos Hospitais Públicos e Privados pesquisados*, realizou-se uma análise geral e por tipo de instituição. De uma maneira geral, os 347 participantes da pesquisa foram predominantemente mulheres (83,48%), técnicas ou auxiliares de enfermagem (76,45%), casadas (37,03%), com idade entre 26 e 35 anos (41,91%), com um filho (51,33%). Em termos ocupacionais observou-se a prevalência das profissionais atuando na instituição hospitalar pública (54,76%), com 2º grau completo/Técnico (50,73%), tempo de profissão de 11 a 20 anos (30,81%) e tempo de atuação na organização de 1 a 5 anos (57,66%), com renda de 1 a 3 salários mínimos (44,19%), dividindo igualmente com outra pessoa a responsabilidade financeira da família (47,38%).

No que se refere a amostra do Hospital A (190 participantes) predominou as mulheres (84,57%), técnicas/auxiliares de enfermagem (75,53%), com idade entre 26 e 35 anos (39,15%), casadas (35,29%), com 2º grau completo/Técnico (49,20%) e com um filho (47,24%). Em relação aos dados ocupacionais, essas tinham, na maioria, de 11 a 20 anos de carreira (36,51%), atuando na instituição de 1 a 5 anos (46,56%), com renda de 4 a 6 salários mínimos (53,19%) e dividindo igualmente a responsabilidade financeira da família com outra pessoa (47,09%). Já no Hospital B os maiores percentuais da amostra (157 pesquisados) foram para o sexo feminino (82,17%), técnicas/auxiliares de enfermagem (77,56%), com idade entre 26 e 35 anos (45,22%), casadas (39,10%), com 2º grau completo/Técnico (52,60%) e com um filho (56,57%). Quanto aos dados ocupacionais, teve-se a maioria com até 5 anos de profissão (37,42%) e tempo de atuação na organização (70,97%), recebendo de 1 a 3 salários mínimos (73,08%) e dividindo também a responsabilidade financeira com outro (47,74%).

Com vistas a responder ao **segundo objetivo específico** *identificaram-se os níveis de Comprometimento, Entrincheiramento e Consentimento Organizacional dos colaboradores da equipe de Enfermagem e comparou-se a forma como estes se desenvolviam nas instituições pesquisadas*. Os dados obtidos nessa análise revelaram, para a amostra geral, um nível médio de Comprometimento Organizacional ( $\bar{x}=57,24$ ), Entrincheiramento Organizacional ( $\bar{x}=53,13$ ) e Consentimento Organizacional ( $\bar{x}=59,06$ ), sendo as bases que se destacaram foram Afetiva ( $\bar{x}=65,25$ ), Arranjos Burocráticos Impessoais ( $\bar{x}=61,10$ ) e Aceitação Íntima ( $\bar{x}=61,10$ ), respectivamente.

Com base nos resultados, acredita-se ser aceitável dizer que a equipe de Enfermagem dos hospitais pesquisados estão medianamente comprometida com a organização, sendo que esse vínculo se destaca como uma ligação emocional e de envolvimento do indivíduo com a

instituição. Além disso, essa equipe está medianamente entrincheirada com a organização, no qual o vínculo se sobressai de uma forma burocrática, pois o profissional teme perder a segurança e os benefícios que a instituição lhe oferece, permanecendo na mesma em função disso. E também está medianamente consentida com a organização, sendo que esse predomina por meio de uma concordância autêntica com as normas instituídas, havendo semelhança no que a organização pensa e no que o trabalhador acredita ser o correto a ser feito.

Quando considerado a análise dos hospitais em separado verificou-se a maior média para o Hospital A no construto Comprometimento Organizacional ( $\bar{x}=59,09$ ) e a dimensão Afetiva ( $\bar{x}=65,82$ ). Sendo assim, o vínculo do trabalhador com a organização para o Hospital público se dá pelo apego emocional dos colaboradores para com a instituição, caracterizando o envolvimento e a identificação com a mesma. Já para o Hospital B, a média mais elevada foi verificada no construto de Consentimento Organizacional ( $\bar{x}=60,99$ ), tendo destaque a dimensão Aceitação Íntima ( $\bar{x}=63,39$ ). Portanto, para o Hospital privado o vínculo do trabalhador com a organização se deu mais por uma concordância com o que é definido pela empresa, em decorrência de o mesmo se identificar com o estabelecido por esta.

Apesar do Entrincheiramento Organizacional não ter tido as maiores médias para os casos analisados, cabe ressaltar que este apresentou um alto valor para a dimensão Arranjos Burocráticos Impessoais no Hospital público ( $\bar{x}=69,77$ ), logo, para esta pesquisa, acredita-se ser possível afirmar que existe um desejo dos colaboradores de permanecer na organização, contudo esse pode ser guiado por uma necessidade, mais especificamente, em função da estabilidade e dos ganhos financeiros que seriam perdidos caso a deixasse. Ainda, a dimensão Limitação de Alternativas, foi a que apresentou os percentuais mais baixos, tanto de forma geral quanto nos Hospitais A e B ( $\bar{x}=39,35$  e  $\bar{x}=35,75$ , respectivamente). Dessa forma, parece que os colaboradores dessas instituições permanecem nas mesmas por outros motivos, que não a percepção de poucas oportunidades fora dela.

Diante de todas essas constatações, infere-se que a equipe de Enfermagem do Hospital público é mais comprometida com sua organização, enquanto que a do Hospital privado consente mais. Apesar da imagem que se tem de que trabalhadores públicos são mais “acomodados” em suas instituições, a pesquisa revelou que os pesquisados se sentem mais comprometidos do que entrincheirados. Contudo, verificou-se que a base Arranjos Burocráticos Impessoais do Entrincheiramento teve um alto índice para a categoria nessa instituição, em função da questão salarial e dos benefícios de segurança oferecidos pelo serviço público. Já para a instituição privada prevaleceu o vínculo de Consentimento, nas quais parece ser mais visível as questões hierárquicas entre líderes e liderados.

Como forma de complementar as análises em relação ao segundo objetivo deste estudo apresentou-se ainda os níveis dos construtos em relação aos cargos de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem por instituição pública e privada. A partir das constatações observadas, verificou-se que os enfermeiros do Hospital privado são mais comprometidos Afetivamente (85,71%) do que os de Hospital público (65,22%), a medida que os técnicos/auxiliares de enfermagem da instituição pública (59,86%) apresentam um maior Comprometimento Afetivo que os da privada (59,51%).

Em relação ao Entrincheiramento, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem dos dois Hospitais apresentam as maiores porcentagens de respostas no nível médio, sendo que a única diferença significativa foi observada para a base Arranjos Burocráticos Impessoais, os quais no Hospital Público apresentam um alto nível (enfermeiros 78,26%; técnicos/auxiliares 65,49%), enquanto que para o Hospital Privado essa foi classificada como médio para as duas funções (enfermeiros 82,86%; técnicos/auxiliares 74,38%). Essas constatações corroboraram com o que foi apresentado anteriormente na análise em separado e na comparação deste com os demais vínculos, parecendo ser correto afirmar que tanto técnicos quanto enfermeiros da instituição pública apresentam uma tendência de permanecerem na organização em função das perdas financeiras que teriam caso a deixassem.

Quanto ao Consentimento Organizacional verificaram-se os maiores percentuais para o construto e na dimensão Obediência Cega no nível mediano, para ambos os cargos, sendo os índices mais elevados verificados nas duas categorias do hospital privado (enfermeiros 85,71%; técnicos/auxiliares 71,07%). Porém, para os enfermeiros da instituição privada este vínculo na dimensão Aceitação Íntima, se mostrou com nível alto (85,71%). Isso confirmou os resultados expostos nas análises para a amostra geral, evidenciando que enfermeiros do Hospital Privado são altamente consentidos, cumprindo normas e regras estabelecidas pela organização por meio de uma concordância com as mesmas.

No intuito de responder **o terceiro objetivo específico** *verificou-se a percepção dos colaboradores da equipe de Enfermagem quanto ao estilo de gestão de seu superior imediato e comparou-se a forma como estes se desenvolveram nas instituições pesquisadas.* A Liderança Transacional, no contexto de estudo, de uma maneira geral, manteve-se num nível médio ( $\bar{x}=66,22$ ), sendo essa predominada pela dimensão Gerência pela Exceção ( $\bar{x}=70,34$ ). Logo, a equipe de Enfermagem participante da pesquisa classificaram seus superiores como medianamente transacionais, sendo que esse estilo se apresentou mais fortemente como uma troca formal entre líder e liderado, com o objetivo de satisfazer a necessidade de ambos. Ademais, o superior imediato nessas instituições atua mais como um líder quando existem

problemas, ou seja, gerenciam pela “exceção”, além de o *feedback* aos liderados ocorrer apenas quando acontece o erro.

Já no que se refere à Liderança Transformacional e suas dimensões é possível afirmar que essa se apresentou como sendo de nível alto ( $\bar{x}=68,30$ ), sendo a dimensão Carisma ou Influência Idealizada a que se destacou ( $\bar{x}=68,79$ ). Portanto, a equipe de Enfermagem dos hospitais pesquisados classificaram seus líderes como altamente transformacionais, sendo que esse estilo se sobressai em um modelo que desperta admiração, respeito e confiança dos liderados pelos superiores. No entanto, quando se analisou as instituições separadamente, os pesquisados do Hospital privado classificaram seus superiores com um índice mais elevado ( $\bar{x}=67,69$ ) de Liderança Transacional que os do Hospital público ( $\bar{x}=64,96$ ), e a dimensão Gerência pela Exceção também se destacando nessa situação. Ainda no Hospital B o estilo Transformacional é classificado como de nível alto ( $\bar{x}=70,63$ ), enquanto que para o Hospital A é classificado como nível mediano ( $\bar{x}=66,33$ ), sendo a dimensão Carisma ou Influência Idealizada a que se destacou em ambos os casos. Diante de todas essas constatações, concluiu-se que na percepção dos pesquisados, ambos os hospitais possuem líderes, sendo que no Hospital B (privado) essa liderança, de maneira geral (ou seja, tanto Transacional quanto Transformacional), obteve um resultado um pouco mais forte do que no Hospital A (público).

No que compete à Ausência de Liderança, os resultados indicaram um nível médio, sendo esse o menos evidenciado entre os estilos, tanto de maneira geral ( $\bar{x}=46,03$ ) quanto por tipo de instituição (público  $\bar{x}=43,88$ ; privado  $\bar{x}=48,56$ ). Essa constatação reforçou a avaliação positiva da equipe de Enfermagem dos hospitais pesquisados quanto à maneira de gestão de seus superiores (e negativa em relação ao presente construto). Assim pode-se dizer que estes acreditam ter líderes em suas organizações, sejam esses transacionais ou transformacionais. Os resultados desta pesquisa corroboraram o exposto na revisão de literatura quanto à Liderança Transacional e Transformacional, ou seja, esses estilos são possíveis de coexistirem, contribuindo um com o outro, portanto não são construtos opostos.

Como forma de complementar as análises em relação ao terceiro objetivo deste estudo, analisou-se os níveis em relação aos cargos de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem por instituição pública e privada. A partir disso, constatou-se que enfermeiros e técnicos/auxiliares da organização privada classificaram seus líderes como mais transacionais (nível alto – 68,57% e 58,47%, respectivamente) que os do hospital público (nível médio – 67,44% e 50,74%, respectivamente), corroborando com os resultados gerais obtidos anteriormente. Ainda, enfermeiros do Hospital público classificaram seus superiores com um médio nível de Liderança Transformacional (56,82%) à medida que enfermeiros do Hospital

privado perceberam seus líderes com um nível alto (74,28%) para esse estilo de gestão. Em relação à categoria técnicos/auxiliares de enfermagem, em ambas as instituições o nível observado foi alto (público 62,50%; privado 70,34%). Logo, os dados apresentados corroboraram com o exposto nas análises, indicando um maior nível de Liderança Transformacional no Hospital privado, contudo não existindo tantas diferenças do público.

Em relação à Ausência de Liderança obteve-se os maiores percentuais para ambos os cargos no nível mediano para o construto, sendo os percentuais dos enfermeiros (público 83,72%; privado 80%) ligeiramente superiores ao dos técnicos/auxiliares de enfermagem (público 77,94%; privado 74,57%). Deste modo, parece que técnicos/auxiliares de enfermagem dos hospitais públicos e privados percebem suas lideranças como de forma mais positiva que os enfermeiros dessas instituições. Essa constatação pode-se dar devido ao fato de os enfermeiros assumirem o papel de líder perante técnicos/auxiliares que coordenam nas unidades, fazendo com que esses os enxerguem como tal, todavia esses mesmos enfermeiros muitas vezes não visualizam os seus superiores imediatos como verdadeiros gestores.

Por fim, com o intuito de responder ao **quarto e último objetivo específico** da pesquisa *analisou-se a forma como os vínculos dos trabalhadores com a organização se relacionaram com os Estilos de liderança dos gestores no contexto de estudo pesquisado*. Por meio da análise dos dados observou-se que todas as correlações entre as variáveis da pesquisa foram associações positivas, o que indica haver alguma forma de relação direta entre estas.

Quanto a correlação entre os construtos de “Vínculos com a Organização”, concluiu-se que o Comprometimento Organizacional tem uma ligação mais intensa com a sua dimensão Afetiva, enquanto que a base Instrumental se relacionou mais fortemente com a dimensão Arranjos Burocráticos Impessoais do Entrincheiramento e a base Normativa à dimensão Aceitação Íntima do Consentimento. Logo, no presente estudo o Comprometimento parece estar mais ligado à questão emocional e envolvimento com a organização, entretanto a forte ligação entre a base Instrumental e Arranjos Burocráticos Impessoais ressalta que essa permanência pode se dar muito pela questão financeira por trás disso, e ainda em função da aceitação de normas e regras, por concordar com as mesmas e acreditar que é o correto a ser feito.

O Entrincheiramento Organizacional, por sua vez, correlacionou-se em maior intensidade com a sua base Ajustamentos à Posição Social. Este resultado explica mais a questão de o indivíduo manter-se na organização para preservar os treinamentos, redes de relacionamentos, tempo de conhecimento dos processos organizacionais, dentre outros, apesar de não poder ser generalizado, por motivo de valores muito próximos entre as bases.

Já o Consentimento Organizacional associou-se mais fortemente com a sua base Obediência Cega e a dimensão Afetiva do Comprometimento, por meio da Aceitação Íntima. No que se refere à dimensão a Obediência Cega desse construto, este está mais ligado a vertente sociológica do vínculo, e com a questão de cumprimento automático de normas a partir de uma postura passiva e sem uma avaliação ou julgamento por parte do indivíduo de suas atribuições, sugerindo que apenas esta deva ser considerada como componente da proposta de um vínculo mais passivo. Quanto à correlação com a base Afetiva do Comprometimento, as questões relacionadas a aceitação íntima remetem a identificação e internalização de valores, o que sugere o possível vínculo emocional, dessa forma, ligando-a mais com o Comprometimento do que com o Consentimento.

Passando-se à análise da correlação entre os construtos de “Estilos de Liderança” foi verificado que a Liderança Transacional se relacionou mais fortemente com a sua dimensão Recompensa Contingente, ao passo que a Liderança Transformacional teve uma ligação mais forte com a base Motivação Inspiracional. Evidencia-se também a forte correlação entre os dois construtos, Liderança Transacional e Transformacional, ressaltando a coexistência de ambas e reforçando a ideia de trata-las como complementares. Quanto a Ausência de Liderança essa não se relacionou com os estilos, confirmando a sua “não liderança” e corroborando com o já exposto anteriormente em relação aos níveis dos construtos.

Por fim, considerando a relação entre “Vínculos com a Organização” e “Estilos de Liderança” concluiu-se, para o contexto de estudo, que o Comprometimento Organizacional se correlacionou mais intensamente com a Liderança Transformacional e sua base Estimulação Intelectual, à medida que o Consentimento Organizacional também se ligou mais fortemente com essa liderança e sua base Carisma ou Influência Idealizada. Assim, para esses dois vínculos, a relação com a liderança ficou bastante evidente, sendo que a percepção se deu mais fortemente com o Consentimento e a função do líder de exercer influência emocional e ganhar respeito dos seus seguidores, despertando admiração por meio de um comportamento exemplar. Ao mesmo tempo, o Entrincheiramento Organizacional relacionou-se significativamente apenas com a Ausência de Liderança, demonstrando que, em relação a este vínculo, muito pouco é percebido pelos colaboradores como de responsabilidade da liderança.

Diante desses resultados, verifica-se que todos os objetivos propostos foram alcançados, respondendo assim a questão central de pesquisa. Portanto, parece ser possível afirmar que os vínculos que os trabalhadores desenvolvem com suas organizações estão relacionados aos Estilos de liderança dos seus gestores, ou a ausência destes, sendo algumas com uma intensidade mais forte, outras mais fracas, mas todos positivamente associados.

Esta relação entre os construtos possibilitou que fossem verificados os relacionamentos hipotéticos do estudo, nos quais as hipóteses H1 (*O vínculo de Comprometimento Organizacional se relaciona mais fortemente com o estilo de Liderança Transformacional.*) e H3 (*O vínculo de Consentimento Organizacional se relaciona mais fortemente com o estilo de Liderança Transacional.*) foram confirmadas e H2 (*O vínculo de Entrincheiramento Organizacional se relaciona mais fortemente com a Ausência de liderança.*) foi refutada. Esse resultado reforça a possibilidade da existência de peculiaridades próprias do contexto investigado.

Acredita-se que a presente pesquisa traz importantes contribuições para o meio científico e a área de comportamento organizacional. Fundamentalmente, como forma de contribuir com o aumento de investigações acerca dos conceitos de Entrincheiramento Organizacional e Consentimento Organizacional, que vêm colaborando para o avanço do conhecimento sobre o Comprometimento Organizacional. Em referências aos estilos de liderança, a possibilidade de tratar os construtos Transacional e Transformacional como complementares. Outra ênfase está no fato de ser um estudo em instituições de saúde, públicas e privadas, e com a equipe de Enfermagem que, além de fornecer subsídios para a gestão dessas, ajuda a compreender como se dá a relação entre vínculos e liderança nesses contextos de estudo e com essa categoria profissional específica.

Entretanto, esse estudo não pode deixar de apontar seus limites. Em primeiro lugar, por tratar-se de uma pesquisa restrita a um determinado contexto específico, no caso o ambiente hospitalar e as equipes de enfermagem, pode não ser possível generalizar seus achados para as demais realidades do mundo do trabalho. Ainda, o fato de o estudo em questão abordar aspectos comportamentais, os quais possuem caráter subjetivo e complexo, e terem sido utilizadas escalas atitudinais para a sua verificação, não permite que se façam inferências relativas ao quanto tais atitudes se traduzem em comportamentos efetivos no dia-a-dia dos profissionais. Outra limitação decorre do fato de ser uma pesquisa com participação voluntária, com uma categoria profissional que está em constante movimento no seu local de trabalho, e por tratar-se de um questionário longo, apresentou bastante dificuldade para ser coletada, apesar de ter-se conseguido um bom volume de pesquisados. Por fim, aponta-se a dificuldade em comparar os achados obtidos com outros estudos sobre o tema envolvendo a categoria de profissionais da saúde e suas organizações. Essa carência aparentemente decorre da diversidade de instrumentos e escalas que foram utilizadas no presente estudo, bem como das poucas pesquisas desenvolvidas sobre a relação entre estes.

Face aos resultados obtidos, bem como a carência de estudos no Brasil a respeito dos vínculos organizacionais e estilos de liderança é proposta uma agenda de pesquisa de modo que sejam realizadas novas investigações sobre o tema:

- Realização de outras pesquisas sobre este tema em hospitais com realidades diferentes e ainda em outros tipos de organizações, com outras categorias profissionais, que permitam entender melhor e contribuam para o refinamento conceitual dos fenômenos;
- Adoção de abordagens comparativas entre a equipe de Enfermagem e as demais que compõem as instituições de saúde (setor administrativo, por exemplo);
- Examinando como se dá essa relação em áreas específicas dos Hospitais, como: UTI, pediátrica, obstétrica, urgência e emergência, entre outros;
- Amostras mais representativas da população brasileira que podem explicitar melhor as relações particulares;
- Realização de estudos com abordagens mais flexíveis, incluindo a análise qualitativa (entrevistas em profundidade, por exemplo) e ainda o aprofundamento das análises estatísticas, tais como regressão e modelagens de equações estruturais;
- Abordagem longitudinal, a qual permitiria uma visão mais densa do tema em pauta;
- Aplicação do questionário MLQ aos gestores, como forma desses avaliarem o seu próprio estilo de Liderança;
- Buscando outras possíveis variáveis que possam se relacionar com os vínculos organizacionais e Estilos de liderança, como por exemplo, ações e práticas organizacionais de gestão de pessoas e valores culturais e individuais;

Ao finalizar, percebe-se que este campo de pesquisa encontra-se ainda em construção, portanto há muitas lacunas a serem investigadas. Espera-se que a sua realização tenha contribuído tanto para as organizações participantes do estudo e para gestão desta categoria de profissionais, bem como para o meio científico, colaborando com o avanço de pesquisas na área e conduzindo a novos direcionamentos relacionados aos temas aqui abordados.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; ROBAZZI, M. L. C. C.; SCOCHI, C. G. S.; BUENO, S. M. V.; CASSIANI, S. H. B.; SAEKI, T.; FERRIANI, M. G. C.; SANTANA, M. E. Perfil da demanda dos a dos alunos da pós-graduação ação stricto sensu da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 153-161, mar/abr, 2004.

ANAHP, Associação Nacional de Hospitais Privados. **Hospitais membros** – associados titulares. Disponível em: <<http://anahp.com.br/hospitais-membros/associados-titulares?limitstart=0>>. Acesso em: 5 fev. 2014.

ANUNCIÇÃO, A. L. D; ZOBOLI, E. Hospital: valores éticos que expressam sua missão. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 6, 2008.

ARAÚJO, J. M. C. Influência da Liderança Transformacional na confiança e Comprometimento organizacionais. 2011. **Dissertação** (Mestrado em Gestão das Organizações). Instituto Politécnico do Porto, Porto, 2011.

AVOLIO, B. J.; SOSIK, J. J.; JUNG, D. I.; BERSON, Y. Leadership models, methods, and applications. In: WEINER, I. B.; BORMAN, W. C.; ILGEN, D. R.; KLIMOSKI, R. J. (Eds.). **Handbook of psychology: industrial and organizational psychology**. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, v. 12, 2003.

BALSAN, L. A. G. Comprometimento e Entrincheiramento Organizacional como variáveis preditoras do impacto do treinamento no trabalho: um estudo de caso em uma instituição pública de ensino superior. 2011. **Dissertação** (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

BAHIA, L. **Relações entre o Público e o Privado: Um Panorama Histórico sobre as Articulações entre Estado e Mercado no Brasil**. Disponível em: <<http://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/media/TextoLigiabahia.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

BARBOSA, L. R. Relações entre liderança, motivação e qualidade na assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. 2007. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

BARRETO, L. M. T. S.; KISHORE, A.; REIS, G. G.; BAPTISTA, L. L.; MEDEIROS, C. A. F. Cultura organizacional e liderança: uma relação possível? **R. Adm.**, v. 48, n. 1, p. 34-52, São Paulo, jan/fev/mar, 2013.

BASS, B. Two Decades of Research and development in Transformational Leadership. **European Journal of Work and Organizational psychology**, v. 8, n. 1, 1999.

BASS, B. M., AVOLIO, B. J., & GOODHEIM, L. Biography and the assessment of transformational leadership at the world class level. **Journal of Management**, v. 13, p. 7-19, 1987.

BASTOS, A. V. B. Comprometimento Organizacional: um balanço dos resultados e desafios que cercam essa tradição de pesquisa. **Revista de Administração de Empresas**, v. 33, n. 3, p. 52-64, 1993.

\_\_\_\_\_. Múltiplos Comprometimentos no trabalho: a estrutura dos vínculos do trabalhador com a organização, a carreira e o sindicato. 1994. **Tese** (Doutorado em Psicologia). Universidade de Brasília, Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. **Comprometimento, Consentimento ou Entrincheiramento?** Um estudo comparativo entre categorias ocupacionais e contextos organizacionais. Relatório final apresentado ao CNPQ. Bahia: Salvador, 2009.

BASTOS, A. V. B.; MEDEIROS, C. A. F.; BRITO, A. P. M.; RODRIGUES, A. C. A.; AGUIAR, C. V. N.; LISBOA, C. P. Comprometimento Organizacional: aprimorando a medida das bases Afetiva, de continuação e Normativa para o contexto de trabalho no Brasil. In: XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: formas e contextos, 13, 2008a, Braga. **Anais do XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: formas e contextos**. Portugal, 2008.

BASTOS, A. V. B.; RODRIGUES, A. C. A.; SILVA, E. E. C.; BARREIROS, B. C.; LISBOA, C. P. Entrincheiramento Organizacional: uma proposta de escala e sua validação fatorial entre trabalhadores brasileiros. In: Conferência Internacional Avaliação Psicológica: formas e contextos, 13, 2008b, Braga. **Anais do XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: formas e contextos**. Portugal, 2008.

BASTOS, A. V. B.; SILVA, E. E. C.; LISBOA, C. P.; BRITO, A. P. M.; BARREIROS, B. C. Proposta do construto 'Consentimento' nas organizações e validação de uma medida para mensurar este tipo de vínculo indivíduo-organização. In: Conferência Internacional Avaliação Psicológica: formas e contextos, 13, 2008c, Braga. **Anais do XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: formas e contextos**. Portugal, 2008.

BASTOS, A. V. B.; RODRIGUES, A. C. A.; BRITO, A. P. M.; SILVA, E. E. C. Os vínculos do indivíduo com a sua organização empregadora: questões conceituais que cercam as medidas existentes. In: III Congresso Brasileiro de Psicologia Organizacional e do Trabalho, 2008d, Florianópolis. **ANAIS DO III CBPOT**, 2008.

BASTOS, A. V. B.; PINHO, A. P. M.; AGUIAR, C. V. N., MENEZES, I. G. Comprometimento Organizacional: aprimoramento e evidências de validade do modelo tridimensional de Meyer e Allen no contexto brasileiro. In: ZANELLI, J. C.; SILVA, N.; TOLFO, S. R. (Orgs). **Processos psicossociais nas organizações e no trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

BASTOS, A. V. B.; RODRIGUES, A. C. A.; MOSCON, D. C. B.; SILVA, E. E. C.; PINHO, A. P. M. Comprometimento no trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas. In: BORGES, L. O.; MOURÃO, L. (Eds). **O trabalho e as organizações: intervenções a partir da Psicologia**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BENTO, B. F. R.; CASEIRO, P. T. M. **Conceito, definições e teorias de liderança**. Departamento de Engenharia Civil do Instituto Politécnico de Coimbra. Coimbra, Portugal, 2007.

BECKER, H. S. Notes on the concept of commitment. **The American Journal of Sociology**, v. 66, n. 1, p. 32-40, 1960.

BLAU, G. On assessing the construct validity of two multidimensional constructs: occupational commitment and occupational entrenchment. **Human resource management review**, v. 11, p. 279-298, 2001a.

\_\_\_\_\_. Testing the discriminant validity of occupational entrenchment. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, v. 74, p.85-93, 2001b.

BONATO, V. L. **Programas de qualidade em hospitais do município de São Paulo**. São Paulo, 2003.

BORBA, G. S.; KLIEMANN NETO, F. J. Gestão hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 44-60, 2008.

BORBA, V. R. **Do planejamento ao controle de gestão hospitalar: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** de 25 de junho de 1986. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 18 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 9.610 de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília (DF). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** de 19 de fevereiro de 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19610.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19610.htm)>. Acesso em: 29 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 9.962 de 22 de fevereiro de 2000. Disciplina o regime de emprego público do pessoal da Administração federal direta, autárquica e fundacional, e dá outras providências. Brasília (DF). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** de 22 de fevereiro de 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18112cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18112cons.htm)> Acesso em: 29 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão Hospitalar**. 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/7%20gestao.htm>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS**. v. 3, Série B, Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a Resolução 196/96. Brasília (DF). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 25 fev. 2015.

CALAÇA, P. A.; VIZEU, F. Revisitando a perspectiva de James MacGregor Burns: qual é a ideia por trás do conceito de liderança transformacional? **Cad. EBAPE.BR**, v. 13, n 1, artigo 7, Rio de Janeiro, Jan/Mar, 2015.

CAMPOMAR, M. C. Do uso de “estudo de caso” em pesquisas para dissertações e teses em administração. **Revista de Administração**, v. 26, n. 3, p.95-97, jul./set., 1991.

CAMPOS, C. V. A.; BONASSA, E. C. O novo paradigma da gestão de pessoas. In: GONÇALVES, E. L. **Gestão Hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo: Saraiva, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **O público e o privado na saúde brasileira**. 2008. Disponível em: <[http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/conselho/conf/8conferencia/publico\\_privado\\_saude\\_brasileira.pdf](http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/conselho/conf/8conferencia/publico_privado_saude_brasileira.pdf)>. Acesso em: 19 fev. 2014.

CARSON, K. D.; BEDEIAN, A. G. Career commitment: Construction of a measure and examination of its psychometric properties. **Journal of Vocational Behavior**, v. 44, n. 3, p. 237-262, 1994.

CARSON, K. D.; CARSON, P. P.; BEDEIAN, A. G. Development and construct of a career entrenchment measure. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, v. 68, p. 301-320, 1995.

CARSON, K. D.; CARSON, P. P. Career entrenchment: A quiet march toward occupational death? **Academy of Management Review**, v. 11, n. 1, p. 63-75, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde** São Paulo: Hucitec, p. 161-168, 1997.

\_\_\_\_\_. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 4, n. 2, p. 315-329, jul./dez., 1999.

CELESTINO, P. **Nó de normas**. Notícias hospitalares gestão de saúde em debate, n. 39, ano 4, out/nov, 2002. Disponível em: <<http://noticiashospitalares.cviewer.com.br/prnh/cviewer/index.asp>>. Acesso em: 19 fev. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Comissão de Business Intelligence. **Análise de dados das inscrições dos profissionais de enfermagem existentes nos conselhos regionais no ano de 2011**. Versão 3.0, 2013.

COOPER-HAKIM, A.; VISWESVARAN, C.. The Construct os Work Commitment: Testing an Integrative Framework. **Psychological Bulletin**. v. 131, n. 2, p. 241-259, 2005.

COREN/MT. **Quais as devidas funções do enfermeiro, do técnico de enfermagem e do auxiliar enfermagem e quais as diferenças entre cada categoria?** 2013. Disponível em: <[http://mt.corens.portalcofen.gov.br/diferenca-entre-categorias\\_698.html](http://mt.corens.portalcofen.gov.br/diferenca-entre-categorias_698.html)>. Acesso em: 23 fev. 2014.

COSTA, V. M. F. As bases Afetiva e Instrumental do Comprometimento Organizacional: confrontando suas diferenças entre empresas e trabalhadores da agricultura irrigada do pólo Juazeiro/Petrolina. **Tese** (Doutorado em Administração). Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2007.

CUNHA, A. M. C. A. Gestão em enfermagem: novos rumos. **Revista O Mundo da Saúde**, v. 26, n. 2, p.309-314, 2002.

CUNHA, I. C. K. O.; NETO, F. R. G. X. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Revista texto e contexto de enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 479-482, 2006.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem Matemática para Psicologia**: usando SPSS para Windows. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. **Indicadores de saúde**. Disponível em: <http://fbh.com.br/category/institucional/publicacoes/indicadores-de-saude/>. Acesso em: 23 fev. 2014.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. **Hospitais no País**. Disponível em: [http://fbh.com.br/health\\_indicators/hospitais-no-pais/](http://fbh.com.br/health_indicators/hospitais-no-pais/). Acesso em: fev. 2015.

FIELD, A. **Descobrendo a estatística usando SPSS**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J. A. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). **Revista Política Hoje**, v. 18, n. 1, 2009.

FILIPPINI, R. Operations Management Research: Some Reflections on Evolution, Models and Empirical Studies. **OM International Journal of Operations and Production Management**, v. 17, n. 7, p. 655-70, 1997.

FLEITH, D. S. Psicologia e educação do superdotado: definição, sistema de identificação e modelo de estimulação. **Cadernos de Psicologia**, v. 5, p. 37-50, 1999.

FURUKAWA, P. D. O.; CUNHA, I. C. K. O. Perfil e competências de gerentes e hospitais acreditados. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2011.

GALVÃO, C. M.; TREVIZAN, M. A.; SAWADA, N. O. A liderança do enfermeiro no século xxi: algumas considerações. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 32, n. 4, p. 302-306, dez., 1998.

GAMA, B. M. B. M. **Liderança em enfermagem**. Material Instrucional para a Disciplina Administração em Enfermagem II. Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014.

GELBCKEI, F. L.; SOUZA, L. A.; SASSO, G. M. D.; NASCIMENTO, E.; CAMAR, M. B.; BULB, M. B. C. Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 1, p. 136-139, Brasília, jan/fev, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2005.

GOMES, A. D.; CARDOSO, L.; CARVALHO, C. Discurso de Liderança: o que faz sentido faz-se. **Psychologica**, v. 23, p. 7-36, 2000.

GOMES, A. R.; CRUZ, J. Abordagem carismática e Transformacional: modelos conceituais e contributos para o exercício da liderança. v. 18, n. 3, p. 143-161, **PSICOL. USP**, São Paulo, jul./set. 2007.

GONÇALVES, E. **Administração de recursos humanos nas instituições de saúde**. São Paulo: Pioneira; 1987.

GONÇALVES, M. N. C. Estilos de liderança: um estudo de auto-percepção de enfermeiros gestores. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Empresariais). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, 2008.

GRAÇA, L. **Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica**. 2005. Disponível em: <[http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2\\_hospital.html](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2_hospital.html)>. Acesso em 13 fev. 2014.

GRECO, R. M. Ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 4, p. 504-7, 2004.

GURGEL JR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

HAIR, J. F. Jr.; MONEY, A.; BABIN, B.; SAMOUEL, P. **Fundamentos de Métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

HALABY, C. N. Worker attachment and workplace authority. **American Sociological Review**, v. 51, p. 634-649, 1986.

HALKIDI, M.; BATISTAKIS, Y.; VAZIRGIANNIS M. On Clustering Validation Techniques. **Journal of Intelligent Information Systems**, v. 17, n. 2/3, p. 107-145, Athens, 2001.

HIGA, E. F. R.; TREVIZAN, M. A. Os Estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, jan./fev., 2005.

HICKMANN, L. T. Comprometimento organizacional: um estudo de caso com funcionários da enfermagem na unidade de internação do Hospital Sarmiento Leite. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Especialização em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

KELMAN, H. C. Interests, relationships, identities: Three Central Issues for Individuals and Groups in Negotiating Their Social Environment. **Annual Review of Psychology**. v. 57, p. 1-26. 2006.

KIESLER, C. A.; KIESLER, S. B. **Tópicos de Psicologia Social: Conformismo**. São Paulo: Editora Edgard Blucher Ltda - Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

KLEIN, H. J.; MOLLOY, J.C.; COOPER, J.C. Conceptual Foundations: Construct Definitions and Theoretical Representations of Workplace Commitments. In: **Commitment in Organizations**. Accumulated Wisdom and New Directions, 2009.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LIMA, J. C.; BINSFELD, L. O trabalho do enfermeiro na organização hospitalar: núcleo operacional autônomo ou assessoria de apoio ao serviço médico? **R Enferm UERJ**, v. 11, p. 98-103, 2003.

LIMA, M. P. Comprometimento e Entrincheiramento com a carreira de enfermeiros: uma análise dos vínculos em instituições hospitalares públicas e privadas. 2013. **Dissertação** (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

LOPES, L. F. D.; MÜLLER, I.; SOUZA, A. M.; ANSUI, A. P.; MORAES, D. A. O.; MOREIRA JR., F. J.; STRAZZABOSCO, F. PULGATI, F. H.; **Caderno Didático: Estatística geral**. 3. ed. Santa Maria: UFSM, 2008.

LOPES, M. C.; REGIS FILHO, G. I. A motivação humana no trabalho: o desafio da gestão em serviços de saúde pública. **R. Adm.**, v. 39, n. 1, p. 62-75, São Paulo, Jan/fev/mar, 2004.

LOURENÇO, M.R.; TREVIZAN, M.A. Líderes de enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança e enfermagem. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 14-19, 2001.

MACÊDO, I. I.; RODRIGUES, D. F.; JOHANN, M. E. P.; CUNHA, N. M. M. **Aspectos Comportamentais da Gestão de Pessoas**. 9. ed. Rio de Janeiro: Editora FVG, 2007.

MACHADO, B. P. Liderança de enfermeiros-gerentes no contexto hospitalar. 2013. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012.

MACIEL, C. O.; NASCIMENTO, M. R. Em busca de uma abordagem não atomizada para o exame das relações entre liderança transformacional e comprometimento organizacional. **R.Adm.**, v. 48, n. 3, p. 544-559, São Paulo, jul/ago/set, 2013.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2012.

MALIK, A. M. **Qualidade em serviços de saúde nos setores públicos e privados**. Cadernos Fundap. 1996. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad19/Fundap%2019/QUALIDADE%20EM%20SERVICOS%20DE%20SAUDE%20NOS%20SETORES%20PUBLICOS%20E%20PRIVAD.pdf>> Acesso em: 13 fev. 2014.

MARMAYA, N. H.; HITAM, M.; TORSIMAN, N. M.; BALAKRISHNAN, B. KPD. Employees' perceptions of Malaysian managers' leadership styles and organizational commitment. **African Journal Of Business Management**, S/1, v. 5, n. 5, p.1584-1588, 2011.

MARQUES, G. M.; MEDEIROS, C. A. F.; FRANÇA, A. G. C.; RIBEIRO, M. F. G. **Estilos de liderança e Comprometimento Organizacional: uma aplicação do Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) no Brasil.** *Adm. MADE* (Universidade Estácio de Sá), v. 11, p. 99-125, 2007.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C.J. **Administração e liderança na enfermagem: teoria e aplicação.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MARTINS, C.; KOBAYASHI, R. M.; AYOUB, A. C.; LEITE, M. M. J. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto Contexto Enferm.*, v. 15, n. 3, p. 472-8, Florianópolis, Jul/Set, 2006.

MARX, L. C.; MORITA, L. C. **Manual de gerenciamento em enfermagem.** São Paulo: EPUB, 2003.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Revista Texto & Contexto de enfermagem*, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006.

MCGUIRE, E.; KENNERLY, S.M. Nurse managers as transformational and transactional leaders. *Nurs. Econ.*, v. 24, n. 4, p. 179-185, jul/aug, 2006.

MEDEIROS, C. A. F.; ENDERS, W. T. Validação do modelo de conceitualização de três componentes do Comprometimento Organizacional (Meyer e Allen, 1991). *Revista de Administração Contemporânea*, v. 2, n. 3, p. 67-87, 1998.

MEDEIROS, C. A. F.; ENDERS, W. T.; SALES, I. O.; OLIVEIRA, D. L. F.; MONTEIRO, T. C. C. Três (ou quatro?) componentes do Comprometimento Organizacional [CD]. In: *Anais*, 23. Encontro da ANPAD, 1999, Foz do Iguaçu, PR. 1 CD. 1999.

MEYER, J. P.; ALLEN, N .J. Testing the side-bet theory of organizational commitment: some methodological considerations. *Journal of Applied Psychology*, v. 69, p. 372-378, 1984.

\_\_\_\_\_. A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, v. 1, n. 1, p. 61-89, 1991.

\_\_\_\_\_. Managing for commitment. In: **Commitment in the workplace: theory, research and application.** Advanced Topics in Organizational Behavior. SAGE Publications. Thousand Oaks, California, 1997.

MEYER, J.P.; ALLEN, N.J. ; GELLATLY, I.R. Affective and continuance commitment to the organization: evaluation of measures and analysis of concurrent and time-lagged relations. **Journal of Applied Psychology**, v. 75, n. 6, p. 710-720, 1990.

MONTEIRO, M. R. M. de B. A importância da gestão de pessoas para as instituições de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 42, jan./mar. 2009.

MORHART, F. M.; HERZOG, W.; TOMCZAK, T. Brand-Specific Leadership: Turning Employees into Brand Champions. **Journal of Marketing**, v. 73, p. 122–142, 2009.

MORROW, P. C. Concept redundancy in organizational research: The case of work commitment. **The Academy of Management Review**, v. 8, n. 3, p. 486-500, 1983.

MOSCON, D. C. B. As relações entre liderança e estabelecimento de vínculos do trabalhador nas organizações. 2013. **Tese** (Doutorado em Administração). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

MOURA, G.M. S. S.; INCHAUSPE, J. A. F.; DALL'AGNOL, C. M.; MAGALHÃES, A. M. M.; HOFFMEISTER, L. V. Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 198-204, 2013.

MOWDAY, R. T.; PORTER, L. W.; STEERS, R. M. **Employee-organization linkages - the psychology of commitment, absenteeism and turnover**. New York: Academic Press, 1982.

MOWDAY, R. T.; STEERS, R. M.; PORTER, L. W. The measurement of organizational poverty in the Northeast of Brazil – a participatory study. **Journal of Vocational Behavior**, n. 14, p. 224-247, 1979.

MUNIZ FILHO, S. M. S. Os efeitos do estilo de liderança no comprometimento organizacional dos profissionais de tecnologia da informação. 2013. **Dissertação** (Mestrado em Gestão Empresarial). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2013.

NOMURA, F. H.; GAIDZINSKI, R. R. Rotatividade da equipe de Enfermagem: estudo em hospital-escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 648-653, set-out., 2005.

NORTHOUSE, P. G. **Leadership: theory and practice**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004.

OLIVEIRA, M. Um método para obtenção de indicadores visando a tomada de decisão na etapa de concepção do processo construtivo: a percepção dos principais intervenientes. 1999. **Tese** (Doutorado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

OLIVEIRA, S. R. M. Relações de poder/saber gerando conflito na liderança da enfermeira: estudo sociopoético. 2004. **Dissertação** (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

OPAS/OMS - Organização Pan-Americana de Saúde. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília, 2004.

PELEIAS, D. S. **Liderança Transacional x Transformacional**. 2007. Disponível em: <<http://www.guiarioclaro.com.br/materia.htm?serial=13007851>>. Acesso em: 11 fev. 2014.

PENA, L. M. L. M.; MACHADO, M. N. M. Comprometimento de enfermeiros: estudo de caso de um hospital privado em Belo Horizonte. 2009. **Dissertação** (Mestrado em Administração). Faculdade Novos Horizontes, Minas Gerais, 2009.

PEREIRA, E. B. A liderança na enfermagem em oncologia e os nexos com a humanização: uma perspectiva dos líderes. 2007. **Dissertação** (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

PERRIN, J. M. The distinctive roles of private and public sector planners. In: Sloan FA, Blumstein JMP, editors. Cost, quality, and access in health care. **New roles for health planning in a competitive environment**. San Francisco: Josey-Bass Publishers; p. 44-70, 1988.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. G. **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 3 ed. Lisboa: Silabo, 2003.

PIANUCCI, A. M. G. C. Saber cuidar: procedimentos básicos em enfermagem. 7. ed. São Paulo: SENAC, 2005.

\_\_\_\_\_. Saber cuidar: procedimentos básicos em enfermagem. 13. ed. São Paulo: Editora SENAC, 2010.

PILLON, R. B. F. Planejamento estratégico de um hospital universitário: Um estudo de caso no hospital universitário da UFSM. 2011. **Dissertação** (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

PINHO, A. P. M. Comprometimento, Enrincheiramento e Consentimento organizacionais: uma análise destes vínculos, entre gestores e trabalhadores, de diferentes organizações. 2009. **Tese** (Doutorado em Administração). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

PINHO, A. P. M.; BASTOS, A. V. B. **Vínculos do trabalhador com a organização: comprometimento, entrincheiramento e consentimento**. São Paulo: Hucitec, 2014.

PITTA, A. M. F. D. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

PRENKERT, F.; EHNFORNS, M. A measure of organizational effectiveness in nursing management in relation to transactional and transformational leadership: a study in a country hospital. **Journal of Nursing Management**, v. 5, p. 279-287, 1997.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROBBINS, S. P. **Fundamentos do Comportamento Organizacional**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.

ROBBINS, S. P., JUDGE, T. A., SOBRAL, F. **Comportamento Organizacional: teoria e prática no contexto brasileiro**. 14. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

ROCHA, A. S. DE C.; BASTOS, A. V. B. Comprometimento do empregado e contextos organizacionais em mudança: o caso do banco do Brasil [CD]. In: **Anais**, 23 Encontro da ANPAD, 1999, Foz do Iguaçu, PR. 1 CD. 1999.

RODRIGUES, A. C. A. Do Comprometimento de continuação ao Enrincheiramento Organizacional: o percurso de validação da escala e análise da sobreposição entre os construtos. 2009. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

\_\_\_\_\_. Trabalhador entrincheirado ou comprometido? Delimitação dos vínculos do indivíduo com a organização. 2011. **Tese** (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

RODRIGUES, A. C. A.; BASTOS, A. V. B. Enrincheiramento Organizacional: construção e validação da escala. **Psicologia: Reflexão e Crítica** (UFRGS. Impresso), v. 25, p. 688-700, 2012.

RODRIGUES, A. P. G.; BASTOS, A. V. B. Os vínculos de comprometimento e entrenchamento presentes nas organizações públicas. **Revista de Ciências da Administração**, v. 15, n. 36, p. 143-158, Santa Catarina, mai/ago, 2013.

RODRIGUES, F. C. P.; LIMA, M. A. D. S. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 25, n. 3, p. 314-322, 2004.

ROSINHA, A. J. P. E. **Capítulo II** - Liderança Transformacional e transaccional. Disponível em:

<[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/967/10/20686\\_ulsd057394\\_td\\_parte2\\_11.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/967/10/20686_ulsd057394_td_parte2_11.pdf)>.

Acesso em: 11 fev. 2014.

ROTTA, C. S. G. **Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial**. 2004. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

ROWE, D. E. O. Múltiplos Comprometimentos e suas relações com o desempenho: Um estudo entre docentes de ensino superior brasileiro em IES públicas e privadas. 2008. 244 f. **Tese** (Doutorado em Administração). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

ROZENDO, C.A.; GOMES, E.L.R. Liderança na enfermagem brasileira: aproximando-se de sua desmitificação. **Rev. latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 67-76, dezembro 1998.

RUTHES, R. M. e CUNHA, I. C. K. Os desafios da administração hospitalar na atualidade. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 36, jul./set. 2007.

SALVADOR, D. **Conceitos de liderança que todos devem conhecer**. 2010. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/artigos/administracao-e-negocios/conceitos-de-lideranca-que-todos-devem-conhecer/47927/>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, D. L. Análise da relação entre o comprometimento e a aprendizagem organizacional: um estudo em uma organização hospitalar. 2009. **Dissertação** (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

SANTOS, D. L.; ESTIVALETE V. F. B.. Comprometer para Aprender? Analisando o Comprometimento e a Aprendizagem em uma Organização Hospitalar. In: EnANPAD, XXXIII. **Anais...**, São Paulo, ANPAD, set., 2009.

SANTOS, M. D. M.; MOSCON, D. C. B. Modelos de Liderança e percepções do trabalhador sobre a organização empregadora: um estudo no TRT-BA. **FOCO: Revista de Administração e Recursos Humanos da Faculdade Novo Milênio**, v.7, n 1, Jan/Jul, 2014.

SANTOS, M. M. R. Liderança transformacional e transacional numa organização de saúde: a questão do gênero. 2012. **Dissertação** (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde). Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2012.

SANTOS, S. R. **Administração aplicada à enfermagem**. 3. ed. João Pessoa: Idéia, 2007.

SCHEIBLE, A. C. F.; BASTOS, A. V. B.; RODRIGUES, A. C. A. Comprometimento e Entrincheiramento: Integrar ou Reconstruir? Uma Exploração das Relações entre estes Construtos à luz do Desempenho. [CD]. In: **Anais**, 31. Encontro da ANPAD, 2007, Rio de Janeiro, RJ. 1 CD. 2007.

SILVA, A. M. M.; BRANDALIZE, A. A moderna administração hospitalar. **Revista Terra e Cultura**, Londrina, n. 42, jan./jul. 2006.

SILVA, E. E. C. Consentimento Organizacional: uma proposta de medida do construto. 2009. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

SIQUEIRA, M. M. M.; GOMIDE JR., S. Vínculos do indivíduo com a organização e com o trabalho. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Orgs.) **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SIQUEIRA, M. M. M. e cols. **Medidas do Comportamento Organizacional**. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

SOBRAL, F.; PECI, A. **Administração: teoria e prática no contexto brasileiro**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

SOLINGER, O. N.; VAN OLFFEN, W.; ROE, R. A. Beyond the Three-Component Model of Organizational Commitment. **Journal of Applied Psychology**, v. 93, n. 1, p. 70–83, 2008.

SOUZA, I. D. S.; RECHE, P. M.; SACHUK, M. I. O Comprometimento Organizacional e a satisfação no trabalho em funcionários de um Hospital da cidade de Umuarama –PR. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v. 14, n. 1, 2013.

SPECTOR, P. E. **Psicologia nas Organizações**. São Paulo: Saraiva, 2006.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**. v. 80, p. 217-222, 2003.

TANURE, B.; EVANS, P.; PUCIK, V. **Virtudes e pecados capitais: a gestão de pessoas no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

TEIXEIRA, J. M. C., FERNANDES, A. M. S., BONATO, V. L.; FERNANDES J. A. Planejamento estratégico e operacional em saúde. In: GONÇALVES. E. L. **Gestão Hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo: Saraiva, 2006.

TREVIZAN, M. A. Liderança do enfermeiro: o ideal e o real no contexto hospitalar. **Tese de Livre-Docência**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 1989.

TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C.; HAYASHIDA, M.; GALVÃO, C. M. Liderança do enfermeiro no contexto hospitalar – expectativas do pessoal auxiliar. **Rev. Bras. Enf**, v. 44, n. 1, p. 55-59, 1991.

TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C.; LOURENÇO, M. R.; SHINYASHIKI, G. T. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 10, n. 1, p. 85-89, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2007.

VAN VAN SETERS, D. A.; FIELD, R. H. G. The evolution of leadership theory. **Journal of organizational change management**, v. 3, n. 3, p. 29-45, 1990.

VENDEMIATTI, M.; SIQUEIRA, E. S.; FILARDI, F.; BINOTTO, E.; SIMIONI, F. J. **Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1301-1314, 2010.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 7. ed., 2006.

VIEIRA, K. M.; DALMORO, M. Dilemas na Construção de Escalas Tipo Likert: o Número de Itens e a Disposição Influenciam nos Resultados? In: **Anais do XXXII ENANPAD** – Encontro Nacional dos Cursos de Pós Graduação em Administração: Rio de Janeiro, 2008.

VIZEU, F. Uma aproximação entre Liderança Transformacional e teoria da ação comunicativa. **RAM - REV. ADM. MACKENZIE**, v. 12, n. 1, jan./fev., 2011.

WIENER, Y. Commitment in organizations: a normative view. **Academy of Management Review**, v. 7, n. 3, p. 418-428, 1982.

WOLFFENBÜTTEL, A. **O que é? Desvio Padrão**. 2006. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2104:catid=28&Itemid=23](http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2104:catid=28&Itemid=23)>. Acesso em: fev. 2015.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZATTI, M. L. R.; MENDES, V. L. P. S. **Comprometimento Organizacional na Área Hospitalar e Vínculos Empregatícios**. n: **Anais**, 31º. Encontro da ANPAD, 2007, Rio de Janeiro, RJ. 2007.

ZAMBERLAN, E. S. **Interpretação do desvio padrão**. Material didático para a disciplina de Estatística. 2011. Disponível em: <<https://academicosmedicina.files.wordpress.com/2011/05/interpretac3a7c3a3o-desvio-padrc3a3o.doc>>. Acesso em fev. 2015.

ZOBOLI, L. C. P. **Ética e administração hospitalar**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2002.

## **ANEXOS**

## Anexo A - Termo de autorização para realização da pesquisa – Hospital A



## TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR/SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA NO GHC

Ref.: Projeto de pesquisa intitulado: Vínculos do trabalhador com a organização e os estilos de vida na dos docentes: uma análise na equipe de enfermagem de hospitais públicos e privados

Eu, Judit Hoppe,  
responsável pelo setor/serviço Enfermagem-HMSC, tenho  
ciência do protocolo/projeto de pesquisa supracitado, desenvolvido  
por Anderson Schweich da Santos, conheço seus objetivos e  
a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o  
pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, 18 de junho de 2014.

Judit Hoppe  
Assinatura do Chefe do Serviço

Judit Hoppe  
Responsável Técnico Enfermagem - HMSC  
COREN-RS - 62513

Carimbo: Judit Hoppe  
Responsável Técnico Enfermagem - HMSC  
COREN-RS - 62513

Obs.: Este documento não autoriza o início da realização da pesquisa, pois trata-se de requisito exigido pelo CEP-GHC para apreciação ética do projeto de pesquisa. A finalidade é atestar se a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento no trabalho do serviço.

**Anexo B - Termo de autorização para realização da pesquisa – Hospital B**

Porto Alegre, 16 de junho de 2014.

**Ilmo. Sr.**

**Dr. André Jobim de Azevedo**

**Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do  
Hospital Mãe de Deus**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Prezado Senhor:

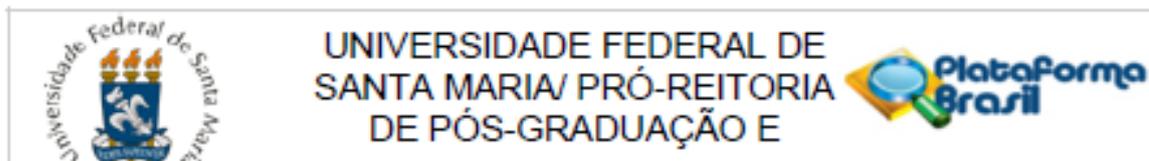
Eu, Fernanda M. Guimarães, responsável pelo setor assistencial do Hospital Mãe de Deus declaro que tenho conhecimento do projeto de pesquisa intitulado *Vínculos do trabalhador com a organização e os estilos de liderança dos gestores: uma análise na equipe de enfermagem de hospitais públicos e privados* desenvolvido pelo(s) pesquisador(es) Vânia Medianeira Flores Costa (orientadora) e Andressa Schaurich dos Santos (mestranda). Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas no setor o qual represento.

A referida pesquisa será realizada no *setor de enfermagem* e só poderá iniciar a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus, em conformidade com a Resolução 196/96.

Atenciosamente,

Fernanda M. Guimarães  
Gerente Técnica de Enfermagem HMD

Anexo C - Parecer consubstanciado do CEP da Universidade Federal de Santa Maria



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VÍNCULOS DO TRABALHADOR COM A ORGANIZAÇÃO E OS ESTILOS DE LIDERANÇA DOS GESTORES: UMA ANÁLISE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS

**Pesquisador:** Vânia Medianeira Flores Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 34690314.7.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 788.478

**Data da Relatoria:** 09/09/2014

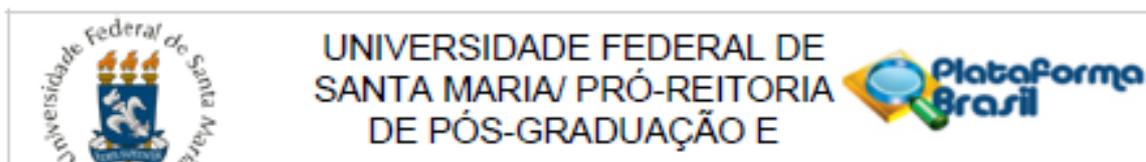
**Apresentação do Projeto:**

Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-graduação em Administração da UFSM. Pesquisa caracterizada como um estudo de caso, de natureza descritiva e com abordagem quantitativa em que técnicos e auxiliares de enfermagem avaliarão o estilo de gestão do enfermeiro responsável pela unidade, e este, por sua vez, avaliará o estilo de gestão do enfermeiro ligado à direção de enfermagem (diretor de enfermagem), classificado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) como responsável técnico da instituição.

O presente estudo será realizado em instituições hospitalares da cidade de Porto Alegre, RS. Serão selecionadas duas organizações, uma pertencente ao setor público e a outra ao privado, de grande porte e referência no atendimento médico-hospitalar de alta complexidade. Para a seleção inicial dessas instituições foram utilizados relatórios, nos quais consta a relação dos principais hospitais públicos e privados da cidade. Após essa seleção inicial, realizou-se um contato prévio com as instituições em que poderia ser realizado o estudo para verificar o interesse e disponibilidade em participar do mesmo, explicando-se os objetivos da pesquisa.

Evidencia-se que os valores da população são aproximados e foram fornecidos pelo próprio

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 788.478

hospital onde será realizada a pesquisa, com base no número de profissionais que estes possuíam no momento do fornecimento desses dados (junho de 2014). A amostra do estudo foi calculada por meio de uma fórmula matemática para população finita, segundo Lopes et al. (2008). Para tanto, foi considerado um erro amostral de 5% e um nível de 95% de confiança dos dados, sendo um total de 903 sujeitos de pesquisa.

**Critérios de inclusão:** trabalhar na instituição há pelo menos um ano, independentemente do cargo ou função desempenhada; Possuir tipo de contrato por regime estatutário, quando instituição pública, ou por regime celetista, de natureza contratual, quando instituição privada.

**Critérios de exclusão:** colaboradores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que estiverem em período de férias, laudo, atestado, em licença de qualquer natureza ou em contrato temporário.

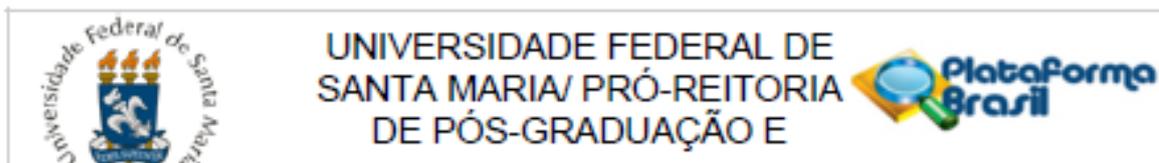
Para a coleta de dados utilizar-se-á um protocolo de pesquisa com itens fechados, composto por três partes: Dados pessoais e ocupacionais; Vínculos do trabalhador com a organização (Escala de comprometimento organizacional, Escala de entrenchamento organizacional, Escala de consentimento organizacional) e, Estilos de liderança (Escala de liderança). A análise dos dados será realizada quantitativamente com o auxílio dos softwares Microsoft Excel versão 2010, Statistical Package for Social Sciences\* (SPSS) versão 18 e Statistical Analysis System\* (SAS) versão 9.1. Realizar-se-á análises descritivas simples (frequências, médias e desvios-padrão), verificação de correlações entre as médias dos construtos (coeficiente de Pearson), análises para testar a associação entre as variáveis (análise de correspondência) e análises de regressão, visando contribuir para o estabelecimento de um modelo de relacionamento entre as variáveis. Nos testes serão consideradas estatisticamente significantes as diferenças que representaram um  $p < 0,05$ . Para identificar os níveis dos vínculos com a organização bem como dos estilos de liderança dos gestores, os dados intervalares serão transformados em dados categóricos. A categorização levará em conta o cálculo da média das respostas dos indivíduos em relação à escala Likert de 5 pontos utilizada no instrumento de pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

- Analisar a relação entre o estilo de liderança dos gestores e os vínculos dos trabalhadores com a organização na equipe de enfermagem de Instituições Hospitalares Públicas e Privadas no Rio

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
UF: RS Município: SANTA MARIA  
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 788.478

Grande do Sul (RS).

Objetivo Secundário:

- Descrever o perfil sócio demográfico dos colaboradores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) dos Hospitais Públicos e Privados pesquisados;
- Identificar os níveis de comprometimento, entrenchamento e consentimento organizacional dos colaboradores da equipe de enfermagem e comparar a forma como estes se desenvolvem nas instituições pesquisadas;
- Verificar a percepção dos colaboradores da equipe de enfermagem quanto ao estilo de gestão de seu superior imediato e comparar a forma como estes se desenvolvem nas instituições pesquisadas;
- Caracterizar a forma como os vínculos do trabalhador com a organização se relacionam com o estilo de liderança dos gestores nos diferentes contextos de trabalho pesquisados;
- Avaliar a sobreposição dos construtos de comprometimento, entrenchamento e consentimento organizacional, buscando-se colaborar para a redução dos problemas do modelo tridimensional.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos do estudo:

Os participantes desta pesquisa poderão se expor a riscos mínimos como: cansaço e desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário.

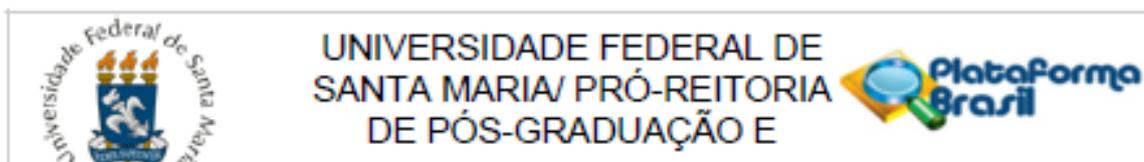
Benefícios do estudo:

Os benefícios para os participantes serão indiretos. As informações coletadas contribuirão para o avanço do conhecimento na área de Comportamento Organizacional, Gestão de Pessoas e Enfermagem, bem como para novas pesquisas que possam ser desenvolvidas sobre as temáticas abordadas pelo estudo. Além disso, poderá beneficiar as organizações participantes, fornecendo subsídios que sirvam para a implementação de práticas mais coerentes com o contexto ao qual estão inseridas, adequando estas instituições às necessidades do mercado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

-

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
UF: RS Município: SANTA MARIA  
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 788.478

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta folha de rosto da plataforma brasil, autorização institucional, registro no SIE, Termo de Confidencialidade e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido adequadamente redigidos.

O endereço do CEP deverá constar em todas as folhas do TCLE.

**Recomendações:**

O endereço do CEP deverá constar em todas as folhas do TCLE, pode ser na forma de nota de rodapé.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

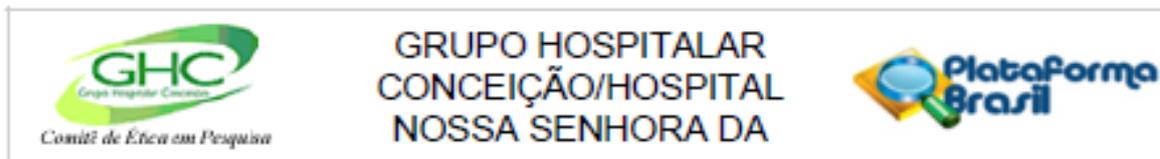
**Considerações Finais a critério do CEP:**

SANTA MARIA, 11 de Setembro de 2014

---

Assinado por:  
CLAUDEMIR DE QUADROS  
(Coordenador)

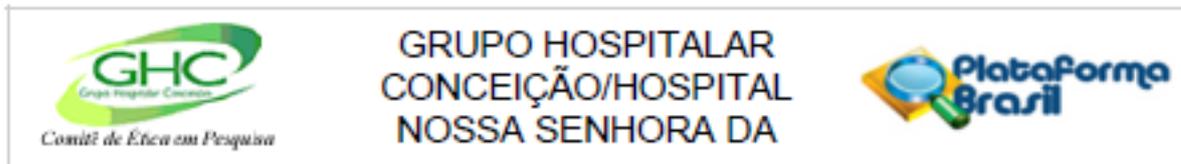
Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
UF: RS Município: SANTA MARIA  
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

**Anexo D - Parecer consubstanciado do CEP do Hospital A****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Elaborado pela Instituição Coparticipante****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** VÍNCULOS DO TRABALHADOR COM A ORGANIZAÇÃO E OS ESTILOS DE LIDERANÇA DOS GESTORES: UMA ANÁLISE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS**Pesquisador:** Vânia Medianeira Flores Costa**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 34890314.7.3002.5530**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 809.156**Data da Relatoria:** 24/09/2014**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de Dissertação de Mestrado na área de Administração, classificada como estudo de caso, de natureza quantitativa e abordagem descritiva. O estudo propõe analisar a relação entre o estilo de liderança dos gestores e os vínculos dos trabalhadores com a organização na equipe de enfermagem de instituições hospitalares públicas e privadas do RS. Será realizado em instituições hospitalares públicas e privadas, classificadas como de grande porte e alta complexidade, da cidade de Porto Alegre (Hospital Mãe de Deus e Hospital Nossa Senhora da Conceição).

A população desta pesquisa é composta por enfermeiros hospitalares, técnicos e auxiliares de enfermagem. A amostra foi calculada em junho/2014, considerando população finita, com erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, chegando-se a 903 pessoas, sendo 489 no HNSC. Os critérios de inclusão e exclusão estão claros. Os dados serão coletados por questionário fechado, com dados ocupacionais e pessoais, vínculos do trabalhador com a organização, estilos de liderança, por meio de escala Likert de 5 pontos.

**Endereço:** Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11  
**Bairro:** CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br



Continuação do Parecer: 809.156

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral: analisar a relação entre o estilo de liderança dos gestores e os vínculos dos trabalhadores com a organização na equipe de enfermagem de Instituições Hospitalares Públicas e Privadas no Rio Grande do Sul.

**Objetivos Específicos:**

Descrever o perfil sócio demográfico dos colaboradores da equipe de enfermagem dos Hospitais Públicos e Privados pesquisados;

Identificar os níveis de comprometimento, entrincheiramento e consentimento organizacional dos colaboradores da equipe de enfermagem e comparar a forma como estes se desenvolvem nas instituições pesquisadas;

Verificar a percepção dos colaboradores da equipe de enfermagem quanto ao estilo de gestão de seu superior imediato e comparar a forma como estes se desenvolvem nas instituições pesquisadas;

Caracterizar a forma como os vínculos do trabalhador com a organização se relacionam com o estilo de liderança dos gestores nos diferentes contextos de trabalho pesquisados;

Avaliar a sobreposição dos construtos de comprometimento, entrincheiramento e consentimento organizacional, buscando-se colaborar para a redução dos problemas do modelo tridimensional.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os benefícios são indiretos, pois as informações trazidas pela pesquisa contribuirão para o avanço do conhecimento na área, para o desenvolvimento de novas pesquisas e poderá subsidiar as organizações participantes na implementação de práticas mais coerentes na área.

Os riscos referem-se ao cansaço e desconforto que poderá advir do tempo gasto para responder ao questionário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Traz bom referencial teórico sobre comprometimento, entrincheiramento e consentimento organizacional, além de liderança.

Há um engano por parte da autora referente à contratação dos empregados, tanto no Hospital Nossa Senhora da Conceição como no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Em ambos, os empregados são contratados por meio de processo público (processo seletivo e/ou concurso), mas

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11  
Bairro: CRISTO REDENTOR CEP: 91.350-200  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3357-2407 Fax: (51)3357-2407 E-mail: cep-ghc@ghc.com.br



GRUPO HOSPITALAR  
CONCEIÇÃO/HOSPITAL  
NOSSA SENHORA DA



Continuação do Parecer: 809.158

seu regime empregatício é via CLT. Este engano não inviabiliza nem diminui a pesquisa. Além disso, independentemente do regime de contratação, ambos são considerados hospitais públicos. Há também a necessidade de atualização da Resolução referente à ética em pesquisa. A Resolução nº 466 substitui a nº 196. De qualquer forma, a autora descreve bem os cuidados éticos com o trabalho: confidencialidade, proteção aos sujeitos, guarda dos dados e forma de descarte dos mesmos, além de divulgação dos resultados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos estão adequados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PORTO ALEGRE, 28 de Setembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Daniel Demétrio Faustino da Silva**  
(Coordenador)

**Endereço:** Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11  
**Bairro:** CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

Anexo E - Parecer consubstanciado do CEP do Hospital B

<b>HOSPITAL MÃE DE DEUS/ASSOCIAÇÃO EDUCADORA SÃO CARLOS -</b>	
---	---

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** VÍNCULOS DO TRABALHADOR COM A ORGANIZAÇÃO E OS ESTILOS DE LIDERANÇA DOS GESTORES: UMA ANÁLISE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS

**Pesquisador:** Vânia Medianeira Flores Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 34690314.7.3001.5328

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 825.835

**Data da Relatoria:** 09/10/2014

**Apresentação do Projeto:**

Projeto apresentado ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Administração, à área de concentração Sistemas, Estruturas e Pessoas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar a relação entre o estilo de liderança dos gestores e os vínculos dos trabalhadores com a organização na equipe de enfermagem de Instituições Hospitalares Públicas e Privadas no Rio Grande do Sul (RS).

**Objetivo Secundário:**

Descrever o perfil sócio demográfico dos colaboradores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) dos Hospitais Públicos e Privados pesquisados; Identificar os níveis de comprometimento, entrenchamento e consentimento organizacional dos colaboradores da equipe de enfermagem e comparar a forma como estes se desenvolvem nas instituições pesquisadas; Verificar a percepção dos colaboradores da equipe de enfermagem quanto ao estilo de gestão de seu superior imediato e comparar a forma como estes se desenvolvem nas instituições pesquisadas; Caracterizar a forma como os vínculos do trabalhador com a organização

<b>Endereço:</b> JOSE DE ALENCAR, 286		
<b>Bairro:</b> MENINO DEUS	<b>CEP:</b> 90.880-480	
<b>UF:</b> RS	<b>Município:</b> PORTO ALEGRE	
<b>Telefone:</b> (51)3230-6087	<b>Fax:</b> (51)3230-2032	<b>E-mail:</b> cep.ucmd@maededeus.com.br

HOSPITAL MÃE DE  
DEUS/ASSOCIAÇÃO  
EDUCADORA SÃO CARLOS -



Continuação do Parecer: 825.835

se relacionam com o estilo de liderança dos gestores nos diferentes contextos de trabalho pesquisados; Avaliar a sobreposição dos construtos de comprometimento, entrenchamento e consentimento organizacional, buscando-se colaborar para a redução dos problemas do modelo tridimensional.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Os participantes desta pesquisa poderão se expor a riscos mínimos como: cansaço e desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário.

**Benefícios:**

Os benefícios para os participantes desta pesquisa serão indiretos. As informações coletadas contribuirão para o avanço do conhecimento na área de Comportamento Organizacional, Gestão de Pessoas e Enfermagem, bem como para novas pesquisas que possam ser desenvolvidas sobre as temáticas abordadas pelo estudo. Além disso, poderá beneficiar as organizações participantes, fornecendo subsídios que sirvam para a implementação de práticas mais coerentes com o contexto ao qual estão inseridas, adequando estas instituições às necessidades do mercado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa vem contribuir para a compreensão dos vínculos do trabalho com o estilo de gestão dispensada.

Sendo que o trabalhador que sentir satisfação em seu universo de trabalho beneficiará as pessoas que dependem de suas ações.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos apresentados estão adequados eticamente.

**Recomendações:**

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da legislação vigente, em especial da resolução CNS 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa deverá receber notificação de eventos adversos e relatórios periódicos sobre o andamento do estudo (formulários disponíveis no site <http://www.maededeus.com.br/2010/Universidade/Projetos.aspx>), bem como a qualquer tempo e a critério o pesquisados nos casos de relevância, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. No caso em que seja preciso, posteriormente, ser apresentado ao nosso Comitê uma mudança substancial para o protocolo, envie-nos a versão do novo protocolo ou do formulário de consentimento, indicando de forma facilmente visível (em negrito, em itálico ou em cor sublinhado mostrando a antiga e a nova versão)

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286  
Bairro: MENINO DEUS CEP: 90.880-480  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3230-6087 Fax: (51)3230-2032 E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br

HOSPITAL MÃE DE  
DEUS/ASSOCIAÇÃO  
EDUCADORA SÃO CARLOS -



Continuação do Parecer: 825.835

as alterações propostas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Em função disso, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP, do Hospital Mãe de Deus, de acordo com as tribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela Aprovação do projeto de pesquisa proposto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PORTO ALEGRE, 09 de Outubro de 2014

---

Assinado por:  
**ANDRÉ JOBIM DE AZEVEDO**  
(Coordenador)

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286  
Bairro: MENINO DEUS CEP: 90.880-480  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3230-6087 Fax: (51)3230-2032 E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br

## **APÊNDICES**

## Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Hospital A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Identificação do sujeito de pesquisa:** Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem

**Identificação do local da pesquisa:** Setor de Enfermagem do Hospital Nossa Senhora da Conceição

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “*Vinculos do trabalhador com a organização e os estilos de liderança dos gestores: uma análise na equipe de enfermagem de Hospitais públicos e privado*”, sob responsabilidade das pesquisadoras Andressa Schaurich dos Santos (mestranda) e Vânia Medianeira Flores Costa (orientadora), do Programa de Pós-graduação em Administração (PPGA) – mestrado acadêmico, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

#### Qual o objetivo deste estudo?

O objetivo deste estudo é *analisar a relação entre o estilo de liderança dos gestores e os vinculos dos trabalhadores com a organização na equipe de enfermagem de Instituições Hospitalares Públicas e Privadas no Rio Grande do Sul (RS).*

#### Descrição dos procedimentos do estudo:

Aproximadamente mais 900 pessoas como você participarão do estudo. Se você concordar em participar deste estudo você responderá às perguntas de um questionário que mede os vinculos dos trabalhadores com a organização e o estilo de liderança dos gestores. Esse questionário é composto por três partes: Parte I - Dados pessoais e ocupacionais; Parte II - Vinculos do trabalhador com a organização; e, Parte III – Estilos de liderança. A primeira parte do questionário abordará 12 questões, sendo estas: idade, sexo, escolaridade, estado civil, filhos, tipo de instituição hospitalar, função, unidade de trabalho/turno/carga horária semanal, tempo de profissão/carreira, período de atuação na organização, responsabilidade pela manutenção da família e renda salarial. Posteriormente, serão utilizadas as escalas de comprometimento – 23 questões – (BASTOS et al., 2011), de entrenchamento – 22 questões – (RODRIGUES, 2009) e de consentimento – 17 questões – (SILVA, 2009) para avaliar o vínculo do trabalhador com a organização. Além dessas, será aplicado o MLQ *Form 6S* – 21 questões – proposto por Bass e Avolio (1992 apud NORTHOUSE, 2004), que foi traduzido e adaptado por Moscon (2013) para medir os estilos de liderança dos gestores. A duração do estudo é estimada em um encontro de aproximadamente 20 a 30 minutos.

#### Quais são os possíveis efeitos colaterais, riscos e desconfortos que podem decorrer da participação no estudo?

O risco que poderá estar presente neste estudo é no momento do preenchimento do questionário, uma vez que o informante poderá sentir algum desconforto e cansaço pelo tempo gasto no preenchimento do questionário, devido a sua extensão.

#### Quais são os possíveis benefícios de participar?

Não há previsão de benefício imediato decorrente de sua participação neste estudo. Entretanto, essa pesquisa visa contribuir para a sistematização e divulgação do conhecimento científico, o qual será difundido em formato de dissertação e artigos com fins acadêmicos e científicos. Esses elementos de informação poderão proporcionar maior conhecimento sobre o tema abordado, e gerar subsídios para uma reflexão sobre os vinculos que os trabalhadores desenvolvem com a organização e sua relação com o estilo de liderança dos gestores.

Dúvida sobre a ética da pesquisa: CEP/UFSM – Av. Roraima, nº1000, Prédio da Reitoria, 2º andar – Camobi – 97105-900 - Santa Maria/RS. (55) 3220-9362

CEP-GHC  
VERSÃO APROVADA  
24 / 09 / 2014

**Quais são os custos da participação no estudo?**

Evidencia-se que sua participação nesse estudo é livre e voluntária. Não haverá nenhuma forma de compensação financeira relacionada à sua participação, também não havendo custos para o participante. Sendo assim, você não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo.

**E se eu desistir do estudo?**

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você somente participa se quiser. Você poderá desistir da participação no estudo em qualquer momento, podendo retirar este consentimento, sem que isto acarrete em multa ou outra penalidade qualquer, e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Eventual desistência não interferirá no seu adequado tratamento hoje ocorrente.

**Situações para encerramento precoce do estudo**

Se for verificada a necessidade de suspender, interromper ou cancelar o estudo antes do previsto por questões técnicas, os motivos para a descontinuação serão informados ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria e do Hospital Nossa Senhora da Conceição, sendo que o encerramento se dará apenas após autorização do CEP do Hospital. Ressalta-se, para tanto, que você será imediatamente informado em caso de descontinuação.

**Novas Informações**

Quaisquer novas informações que possam afetar a sua segurança ou influenciar na sua decisão de continuar a participar do estudo serão fornecidas a você por escrito. Se você decidir continuar neste estudo, terá que assinar um novo (revisado) termo de consentimento informado para documentar seu conhecimento sobre novas informações.

**Como meus dados pessoais serão utilizados?**

Todas as informações colhidas e/ou resultados serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) de sua identidade a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados. A identidade do participante permanecerá em sigilo durante toda a pesquisa e, especialmente, na publicação dos resultados. As pesquisadoras da presente pesquisa comprometem-se a preservar a privacidade dos servidores/funcionários participantes do estudo. Os dados serão coletados por meio de questionário estruturado, identificados por números, não nomeados, validado para aplicação aos colaboradores do setor de enfermagem pertencentes aos Hospitais A e B. As informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente trabalho. As respostas serão mantidas em anonimato e só serão utilizadas para fins acadêmicos. Os questionários respondidos ficarão sob responsabilidade do grupo de pesquisa e informações pessoais dos participantes não serão divulgados sob nenhum pretexto. Todas as informações serão mantidas na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH), situado na Av. Roraima, 1.000, prédio 74C, sala 4205, Cidade Universitária – Bairro: Camobi – CEP: 97105-900 – Santa Maria/RS, sob a responsabilidade da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vânia Medianeira Flores Costa por um período de 5 anos. Após este período os dados serão destruídos. Evidencia-se que os resultados desta pesquisa serão disponibilizados para publicação, sendo seus resultados favoráveis ou não, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

**A quem eu devo procurar se precisar de mais informações ou de alguma ajuda?**

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A responsável pelo estudo é a mestranda Andressa Schaurich dos Santos que poderá ser encontrada no telefone: (55) 9650- 5177. Além disso, tem-se como responsável no Hospital Nossa Senhora da Conceição a enfermeira Judit Hoppe (responsável técnica de enfermagem), que pode ser encontrada no telefone (51)3357-2549. Em caso de dúvidas ou

Dúvida sobre a ética da pesquisa: CEP/UFSM – Av. Roraima, nº1000, Prédio da Reitoria, 2º andar – Camobi – 97105-900 - Santa Maria/RS. (55) 3220-9362



CEP-GHC  
VERSÃO APROVADA

preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, coordenador-geral do *Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Grupo Hospitalar Conceição*, através do telefone (51)3357-2407, endereço Av. Francisco Trein, 596, 3º andar, bloco H, sala 11 – Bairro: Cristo Redentor – Porto Alegre/RS - das 9h às 12h e das 14h:30min às 17h, ou ainda com o *Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)* pelo endereço Av. Roraima, nº1000, Prédio da Reitoria, 2º andar, sala Comitê de Ética, Cidade Universitária – Bairro: Camobi – CEP: 97105-900 - Santa Maria/RS, Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009, Email: cep.ufsm@gmail.com, Website: www.ufsm.br/cep.

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Concordo em participar do estudo intitulado “*Vinculos do trabalhador com a organização e os estilos de liderança dos gestores: uma análise na equipe de enfermagem de Hospitais públicos e privado*”.

Ficaram claros para mim quais são os OBJETIVOS do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa, sem nenhum prejuízo ou represália de qualquer natureza.

Estou ciente que receberei uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim, pela pessoa que realizou a discussão sobre o termo de consentimento e quando aplicável pela testemunha e/ou representante legal. Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

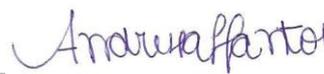
Eu, \_\_\_\_\_ (nome do participante – letra de forma) estou ciente, após ter lido as informações contidas acima, dessa forma, concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

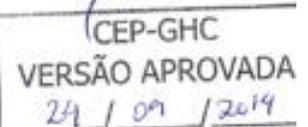
Assinatura do participante



Profª Drª Vânia Medianeira Flores Costa  
Pesquisadora responsável  
Orientadora



Andressa Schaurich dos Santos  
Pesquisadora responsável  
Mestranda



**ESCLARECIMENTO:** Caso exista dúvida quanto a sua participação favor entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, Profª Drª Vânia M. Flores Costa e Andressa Schaurich dos Santos (mestranda) - Av. Roraima, 1.000, prédio 74C, sala 4205, Cidade Universitária – Bairro: Camobi – Santa Maria/RS. Telefones (55) 3220-9297 – ramal 200; (55)9650-5177; (55)9652-5266. E-mail vania.costa@ufsm.br; dessoraschaurich@gmail.com. Qualquer outra consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entrar em contato com o *Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM* – Av. Roraima, nº1000, Prédio da Reitoria, 2º andar, sala Comitê de Ética, Cidade Universitária – Bairro: Camobi – Santa Maria/RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: cep.ufsm@gmail.com. Website: www.ufsm.br/cep OU *Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Grupo Hospitalar Conceição* – Av. Francisco Trein, 596, 3º andar, bloco H, sala 11 – Bairro: Cristo Redentor - Porto Alegre/RS. Telefone: (51)3357-2407. E-mail:cep-ghc@gbc.com.br

## Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Hospital B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Identificação do sujeito de pesquisa:** Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem

**Identificação do local da pesquisa:** Setor de Enfermagem do Hospital Mãe de Deus

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada "*Vinculos do trabalhador com a organização e os estilos de liderança dos gestores: uma análise na equipe de enfermagem de Hospitais públicos e privado*", sob responsabilidade das pesquisadoras Andressa Schaurich dos Santos (mestranda) e Vânia Medianeira Flores Costa (orientadora), do Programa de Pós-graduação em Administração (PPGA) – mestrado acadêmico, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

#### Qual o objetivo deste estudo?

O objetivo deste estudo é *analisar a relação entre o estilo de liderança dos gestores e os vinculos dos trabalhadores com a organização na equipe de enfermagem de Instituições Hospitalares Públicas e Privadas no Rio Grande do Sul (RS)*.

#### Descrição dos procedimentos do estudo:

Aproximadamente mais 900 pessoas como você participarão do estudo. Se você concordar em participar deste estudo você responderá às perguntas de um questionário que mede os vínculos dos trabalhadores com a organização e o estilo de liderança dos gestores. Esse questionário é composto por três partes: Parte I - Dados pessoais e ocupacionais; Parte II - Vínculos do trabalhador com a organização; e, Parte III – Estilos de liderança. A primeira parte do questionário abordará 12 questões, sendo estas: idade, sexo, escolaridade, estado civil, filhos, tipo de instituição hospitalar, função, unidade de trabalho/turno/carga horária semanal, tempo de profissão/carreira, período de atuação na organização, responsabilidade pela manutenção da família e renda salarial. Posteriormente, serão utilizadas as escalas de comprometimento – 23 questões – (BASTOS et al., 2011), de enriquecimento – 22 questões – (RODRIGUES, 2009) e de consentimento – 17 questões – (SILVA, 2009) para avaliar o vínculo do trabalhador com a organização. Além dessas, será aplicado o MLQ *Form 6S* – 21 questões – proposto por Bass e Avolio (1992 apud NORTHOUSE, 2004), que foi traduzido e adaptado por Moscon (2013) para medir os estilos de liderança dos gestores. A duração do estudo é estimada em um encontro de aproximadamente 20 a 30 minutos.

#### Quais são os possíveis efeitos colaterais, riscos e desconfortos que podem decorrer da participação no estudo?

O risco que poderá estar presente neste estudo é no momento do preenchimento do questionário, uma vez que o informante poderá sentir algum desconforto e cansaço pelo tempo gasto no preenchimento do questionário, devido a sua extensão.

Dúvida sobre a ética da pesquisa: CEP/UFSM – Av. Roraima, nº1000, Prédio da Reitoria, 2º andar – Camobi  
CEP: 97105-900 - Santa Maria/RS. (55) 3220-9362

**Quais são os possíveis benefícios de participar?**

Não há previsão de benefício imediato decorrente de sua participação neste estudo. Entretanto, essa pesquisa visa contribuir para a sistematização e divulgação do conhecimento científico, o qual será difundido em formato de dissertação e artigos com fins acadêmicos e científicos. Esses elementos de informação poderão proporcionar maior conhecimento sobre o tema abordado, e gerar subsídios para uma reflexão sobre os vínculos que os trabalhadores desenvolvem com a organização e sua relação com o estilo de liderança dos gestores.

**Quais são os custos da participação no estudo?**

Evidencia-se que sua participação nesse estudo é livre e voluntária. Não haverá nenhuma forma de compensação financeira relacionada à sua participação, também não havendo custos para o participante. Sendo assim, você não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo.

**E se eu desistir do estudo?**

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você somente participa se quiser. Você poderá desistir da participação no estudo em qualquer momento, podendo retirar este consentimento, sem que isto acarrete em multa ou outra penalidade qualquer, e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Eventual desistência não interferirá no seu adequado tratamento hoje ocorrente.

**Situações para encerramento precoce do estudo**

Se for verificada a necessidade de suspender, interromper ou cancelar o estudo antes do previsto por questões técnicas, os motivos para a descontinuação serão informados ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria e do Hospital Mãe de Deus, sendo que o encerramento se dará apenas após autorização do CEP do Hospital. Ressalta-se, para tanto, que você será imediatamente informado em caso de descontinuação.

**Novas Informações**

Quaisquer novas informações que possam afetar a sua segurança ou influenciar na sua decisão de continuar a participar do estudo serão fornecidas a você por escrito. Se você decidir continuar neste estudo, terá que assinar um novo (revisado) termo de consentimento informado para documentar seu conhecimento sobre novas informações.

**Como meus dados pessoais serão utilizados?**

Todas as informações colhidas e/ou resultados serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) de sua identidade a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados. A identidade do participante permanecerá em sigilo durante toda a pesquisa e, especialmente, na publicação dos resultados. As pesquisadoras da presente pesquisa comprometem-se a preservar a privacidade dos servidores/funcionários participantes do estudo. Os dados serão coletados por meio de questionário estruturado, identificados por números, não nomeados, validado para aplicação aos colaboradores do setor de enfermagem pertencentes aos Hospitais A e B. As informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente trabalho. As respostas serão mantidas em anonimato e só serão utilizadas para fins acadêmicos. Os

questionários respondidos ficarão sob responsabilidade do grupo de pesquisa e informações pessoais dos participantes não serão divulgados sob nenhum pretexto. Todas as informações serão mantidas na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH), situado na Av. Roraima, 1.000, prédio 74C, sala 4205, Cidade Universitária – Bairro: Camobi – Santa Maria/RS, sob a responsabilidade da Profª. Drª. Vânia Medianeira Flores Costa por um período de 5 anos. Após este período os dados serão destruídos. Evidencia-se que os resultados desta pesquisa serão disponibilizados para publicação, sendo seus resultados favoráveis ou não, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

**A quem eu devo procurar se precisar de mais informações ou de alguma ajuda?**

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A responsável pelo estudo é a mestranda Andressa Schaurich dos Santos que poderá ser encontrada no telefone: (55) 9650- 5177. Além disso, tem-se como responsável no Hospital Mãe de Deus a enfermeira Fernanda M. Guimarães (gerente técnica de enfermagem), que pode ser encontrada nos telefones (51)3230-6246 ou (51) 9952-0359. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com Dr. André Jobim de Azevedo, coordenador do *Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Mãe de Deus*, através do telefone (51) 3230-6087, em horário comercial ou pelo e-mail cep.ucmd@maededeus.com.br ou ainda com o *Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)* pelo endereço Av. Roraima, nº1000, Prédio da Reitoria, 2º andar, sala Comitê de Ética, Cidade Universitária – Bairro: Camobi – Santa Maria/RS, Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009, Email: cep.ufsm@gmail.com, Website: www.ufsm.br/cep.

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Concordo em participar do estudo intitulado "*Vínculos do trabalhador com a organização e os estilos de liderança dos gestores: uma análise na equipe de enfermagem de Hospitais públicos e privado*".

Ficaram claros para mim quais são os OBJETIVOS do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa, sem nenhum prejuízo ou represália de qualquer natureza.

Estou ciente que receberei uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim, pela pessoa que realizou a discussão sobre o termo de consentimento e quando aplicável pela testemunha e/ou representante legal. Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Dúvida sobre a ética da pesquisa: CEP/UFSM – Av. Roraima, nº1000, Prédio da Reitoria, 2º andar – Camobi  
CEP: 97105-900 - Santa Maria/RS. (55) 3220-9362

Eu, \_\_\_\_\_  
(nome do participante – letra de forma) estou ciente, após ter lido as informações contidas acima,  
dessa forma, concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias,  
ficando com a posse de uma delas.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante



\_\_\_\_\_  
Profª Drª Vânia Medianeira Flores Costa  
Pesquisadora responsável  
Orientadora



\_\_\_\_\_  
Andressa Schaurich dos Santos  
Pesquisadora responsável  
Mestranda

ESCLARECIMENTO: Caso exista dúvida quanto a sua participação favor entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, Profª Drª Vânia M. Flores Costa e Andressa Schaurich dos Santos (mestranda) - Av. Roraima, 1.000, prédio 74C, sala 4205, Cidade Universitária - Bairro: Camobi - Santa Maria/RS. Telefones (55) 3220-9297 - ramal 200; (55)9650-5177; (55)9652-5266. E-mail vania.costa@ufsm.br; dessaschaurich@gmail.com. Qualquer outra consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM - Av. Roraima, nº1000, Prédio da Reitoria, 2º andar, sala Comitê de Ética, Cidade Universitária - Bairro: Camobi - Santa Maria/RS. Telefone: (55) 3220-9362 - Fax: (55)3220-8009 Email: cep.ufsm@gmail.com. Website: www.ufsm.br/cep OU Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Mãe de Deus - Rua José de Alencar, 286 - Bairro Menino Deus - Porto Alegre/RS. Telefone (51) 3230-6087, em horário comercial. E-mail cep.ucmd@maededeus.com.br.

Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital Mãe de Deus

**Apêndice C - Termo de Confidencialidade**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
MESTRADO ACADÊMICO

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

**Título do projeto:** Vínculos do trabalhador com a organização e a relação com os Estilos de liderança dos gestores

**Mestranda:** Andressa Schaurich dos Santos

**Pesquisadora responsável:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vânia Medianeira Flores Costa

**Telefone para contato:** (55) 3220-9297 – ramal 200

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Ciências Administrativas/Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH)

**Locais da Coleta:** Hospitais A (público) e B (privado)

Os pesquisadores do presente estudo comprometem-se a preservar a privacidade dos servidores/funcionários participantes do estudo. Os dados serão coletados por meio de questionário estruturado, identificados por números, não nomeados, validado para aplicação aos colaboradores do setor de Enfermagem pertencentes aos Hospitais A e B. As informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente trabalho. As respostas serão mantidas em anonimato e só serão utilizadas para fins acadêmicos. Os questionários respondidos ficarão sob responsabilidade do grupo de pesquisa e informações pessoais dos participantes não serão divulgados sob nenhum pretexto. Todas as informações serão mantidas na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH), situado na Av. Roraima, 1.000, prédio 74C, sala 4205, Cidade Universitária – Bairro: Camobi – CEP: 97105-900 – Santa Maria/RS, sob a responsabilidade da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vânia Medianeira Flores Costa por um período de 5 anos. Após este período serão destruídos/incinerados. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFSM em 09/09/2014, com o número do CAAE 34690314.7.0000.5346 e do parecer 788.478.

Santa Maria, 12 de setembro de 2014.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'V. Medianeira', is written over a horizontal line.

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vânia Medianeira Flores Costa  
Pesquisadora responsável

## Apêndice D – Protocolo de coleta de dados



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
MESTRADO ACADÊMICO**



Este questionário faz parte de uma pesquisa que tem como objetivo *analisar a relação entre o estilo de liderança dos gestores e o os vínculos dos trabalhadores com a organização na equipe de Enfermagem de instituições hospitalares públicas e privadas do RS.*

**Leia atentamente as questões abaixo, não existem respostas certas ou erradas e você não será identificado.**

As respostas serão mantidas em anonimato e só serão utilizadas para fins acadêmicos. Os questionários respondidos ficarão sob responsabilidade do grupo de pesquisa e informações pessoais dos participantes não serão divulgados sob nenhum pretexto. Esperamos contar com a sua colaboração prestando todas as informações solicitadas.

Em caso de dúvidas, você poderá se comunicar com os responsáveis pelo projeto, mestranda Andressa Schaurich dos Santos e orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vânia Medianeira Flores Costa através do *e-mail*: dessorich@gmail.com e vania.costa@ufsm.br, *telefone* (55) 3220-9297 - ramal 200 ou *endereço* A/C Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Vânia M. Flores Costa - Universidade Federal de Santa Maria, Av. Roraima, 1000, prédio 74C, sala 4205, Cidade Universitária – Bairro: Camobi – Santa Maria/RS.

**Desde já agradecemos por sua colaboração.**

**PARTE I – Dados pessoais e ocupacionais**

<b>1 IDADE</b> 1 <input type="checkbox"/> de 18 a 25 anos 2 <input type="checkbox"/> de 26 a 35 anos 3 <input type="checkbox"/> de 36 a 45 anos 4 <input type="checkbox"/> de 46 a 55 anos 5 <input type="checkbox"/> mais de 55 anos	<b>2 SEXO</b> 1 <input type="checkbox"/> Feminino 2 <input type="checkbox"/> Masculino	<b>3 ESTADO CIVIL</b> 1 <input type="checkbox"/> Solteiro (a) 2 <input type="checkbox"/> Casado (a) 3 <input type="checkbox"/> Viúvo (a) 3 <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado (a) 5 <input type="checkbox"/> União Estável	<b>4 ESCOLARIDADE</b> 1 <input type="checkbox"/> 1º Grau completo 2 <input type="checkbox"/> 2º Grau incompleto 3 <input type="checkbox"/> 2º Grau completo/Técnico 4 <input type="checkbox"/> Superior Incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior Completo 6 <input type="checkbox"/> Especialização 7 <input type="checkbox"/> Mestrado 8 <input type="checkbox"/> Doutorado
<b>5 POSSUI FILHOS?</b> 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? 1 <input type="checkbox"/> um 2 <input type="checkbox"/> dois 3 <input type="checkbox"/> três 4 <input type="checkbox"/> quatro ou mais	<b>6 NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO/ TIPO DE INSTITUIÇÃO HOSPITALAR</b> 1 <input type="checkbox"/> Público 2 <input type="checkbox"/> Privado	<b>7 FUNÇÃO/CARGO</b> 1 <input type="checkbox"/> Enfermeiro (a) 2 <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem 3 <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem <b>8 UNIDADE DE TRABALHO</b> _____ <b>TURNO</b> _____ <b>CARGA HORÁRIA SEM.</b> _____	
<b>9 TEMPO DE PROFISSÃO/CARREIRA</b> 1 <input type="checkbox"/> até 5 anos 2 <input type="checkbox"/> de 6 a 10 anos 3 <input type="checkbox"/> de 11 a 20 anos 4 <input type="checkbox"/> mais de 20 anos	<b>10 TEMPO DE ATUAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO</b> 1 <input type="checkbox"/> de 1 a 5 anos 2 <input type="checkbox"/> de 6 a 10 anos 3 <input type="checkbox"/> de 11 a 20 anos 4 <input type="checkbox"/> mais de 20 anos	<b>11 RENDA (salário mínimo=R\$724,00)</b> 1 <input type="checkbox"/> de 1 a 3 salários mínimos 2 <input type="checkbox"/> de 4 a 6 salários mínimos 3 <input type="checkbox"/> de 7 a 9 salários mínimos 4 <input type="checkbox"/> mais de 10 salários mínimos	
<b>12 GRAU DE RESPONSABILIDADE PELA MANUTENÇÃO FINANCEIRA DA FAMÍLIA</b> 1 <input type="checkbox"/> Único responsável 2 <input type="checkbox"/> Principal responsável, mas recebe ajuda de outra pessoa 3 <input type="checkbox"/> Divide igualmente as responsabilidades com outra pessoa 4 <input type="checkbox"/> Contribui apenas com uma pequena parte 5 <input type="checkbox"/> Não tem nenhuma responsabilidade financeira			

## PARTE II – Vínculos do trabalhador com a organização

Leia atentamente o conteúdo das afirmativas e avalie o quanto cada uma delas descreve o que você pensa sobre o seu vínculo com a organização em que trabalha. Utilize, para tanto, a escala de avaliação abaixo. Quanto mais perto de 1 maior é a discordância e quanto mais próximo de 5 maior é a concordância com o conteúdo da frase. Para responder cada questão, marque um “X” sobre o número que melhor indique a sua opinião.

QUESTÕES		Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente
1	Mantenho-me nessa organização porque sinto que tenho poucas oportunidades em outras organizações.	1	2	3	4	5
2	Para mim, os custos de deixar essa organização seriam maiores que os benefícios	1	2	3	4	5
3	Se eu deixasse essa organização, minha estabilidade seria ameaçada.	1	2	3	4	5
4	A organização em que trabalho realmente inspira o melhor em mim para meu progresso no desempenho do trabalho	1	2	3	4	5
5	Eu investi muito tempo no meu aprendizado dentro dessa organização para deixá-la agora.	1	2	3	4	5
6	Faço o que meu chefe manda porque acredito que é o mais correto a ser feito.	1	2	3	4	5
7	Eu realmente me interessou pelo destino da organização onde trabalho	1	2	3	4	5
8	Eu acho que teria poucas alternativas de emprego se deixasse essa organização.	1	2	3	4	5
9	Acredito que, quando recebo uma ordem, a responsabilidade pelo que faço é do meu superior.	1	2	3	4	5
10	Mantenho-me nessa organização porque sinto que não conseguiria facilmente entrar em outra organização.	1	2	3	4	5
11	Eu me sentiria culpado se deixasse essa organização agora	1	2	3	4	5
12	A minha forma de pensar é muito parecida com a da empresa.	1	2	3	4	5
13	Algumas regras eu obedeco mesmo sem saber para que servem.	1	2	3	4	5
14	Eu realmente sinto os problemas dessa organização como se fossem meus	1	2	3	4	5
15	Meu perfil profissional não favorece minha inserção em outras organizações.	1	2	3	4	5
16	Sinto os objetivos de minha organização como se fossem os meus	1	2	3	4	5
17	Seria muito custoso para mim trocar de organização	1	2	3	4	5
18	Deixar essa organização agora exigiria consideráveis sacrifícios pessoais	1	2	3	4	5
19	Eu acho que os meus valores são muito similares aos valores defendidos pela organização onde trabalho	1	2	3	4	5
20	Mesmo se eu quisesse, seria muito difícil para mim deixar essa organização agora	1	2	3	4	5
21	Não abandono essa organização devido às perdas que me prejudicariam	1	2	3	4	5
22	Mesmo se fosse vantagem para mim, eu sinto que não seria certo deixar essa organização agora	1	2	3	4	5
23	Aceito as normas da empresa porque concordo com elas.	1	2	3	4	5
24	Eu não me sinto emocionalmente vinculado a essa organização	1	2	3	4	5
25	O que me prende a essa organização são os benefícios financeiros que ela me proporciona.	1	2	3	4	5
26	Uma das poucas consequências negativas de deixar essa organização seria a falta de alternativas.	1	2	3	4	5
27	Seria difícil encontrar outro emprego onde eu pudesse usar os conhecimentos de trabalho que adquiri nesta empresa.	1	2	3	4	5
28	Mesmo quando as coisas me incomodam no trabalho, eu faço o que foi mandado.	1	2	3	4	5
29	Conversando com amigos, eu sempre me refiro a essa organização como uma grande instituição para a qual é ótimo trabalhar	1	2	3	4	5
30	Se deixasse essa organização, sentiria como se estivesse desperdiçando anos de dedicação.	1	2	3	4	5
31	Cumpro as ordens que recebo porque meu superior sabe, melhor do que eu, o que deve ser feito.	1	2	3	4	5

QUESTÕES		Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente
32	Eu sempre obedeço o que meus chefes me mandam fazer no trabalho.	1	2	3	4	5
33	Um dos motivos pelos quais não mudo de organização são os relacionamentos que já estabeleci com os colegas.	1	2	3	4	5
34	Eu não deixaria essa organização agora porque tenho uma obrigação moral com as pessoas daqui	1	2	3	4	5
35	Os benefícios que recebo nessa organização seriam perdidos se eu saísse agora.	1	2	3	4	5
36	Aceito a maioria das regras/ordens que me são impostas porque acredito no benefício delas.	1	2	3	4	5
37	Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu jogaria fora todos os esforços que fiz para chegar aonde cheguei dentro dessa empresa.	1	2	3	4	5
38	Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu levaria muito tempo para me acostumar a uma nova função.	1	2	3	4	5
39	Sair dessa organização agora resultaria em perdas financeiras.	1	2	3	4	5
40	Eu sempre cumpro as ordens nessa empresa.	1	2	3	4	5
41	Sinto que mudar de empresa colocaria em risco a minha estabilidade financeira.	1	2	3	4	5
42	Compreendo o significado das regras e as aceito porque sei que elas melhoram o desempenho da empresa.	1	2	3	4	5
43	A especificidade do meu conhecimento dificulta minha inserção em outras organizações.	1	2	3	4	5
44	Eu faço o que meu chefe manda porque confio nele.	1	2	3	4	5
45	Essa organização tem um imenso significado pessoal para mim	1	2	3	4	5
46	Os superiores têm autoridade, cabendo aos empregados apenas cumprir as ordens.	1	2	3	4	5
47	Quando não concordo com uma ordem no trabalho, eu cumpro assim mesmo.	1	2	3	4	5
48	Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu deixaria de receber vários benefícios que essa empresa oferece aos seus empregados (vale transporte, convênios médicos, vale refeição, etc.).	1	2	3	4	5
49	Se o chefe manda, a gente tem que fazer.	1	2	3	4	5
50	Sair dessa organização significaria, para mim, perder parte importante da minha rede de relacionamentos.	1	2	3	4	5
51	Eu me sinto orgulhoso dizendo às pessoas que sou parte da organização onde trabalho	1	2	3	4	5
52	Sinto-me em dívida para com essa organização	1	2	3	4	5
53	Sigo as ordens da empresa porque as aprovo.	1	2	3	4	5
54	Não seria fácil encontrar outra organização que me oferecesse o mesmo retorno financeiro que essa.	1	2	3	4	5
55	Muitas coisas em minha vida ficariam complicadas se eu decidisse sair dessa organização agora	1	2	3	4	5
56	Se eu tivesse uma empresa, escolheria as mesmas normas da empresa em que trabalho.	1	2	3	4	5
57	Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu demoraria a conseguir ser tão respeitado como sou hoje dentro dessa empresa.	1	2	3	4	5
58	Sinto que existe uma forte ligação Afetiva entre mim e minha organização	1	2	3	4	5
59	Se eu recebesse uma oferta melhor de emprego, não seria correto deixar essa organização	1	2	3	4	5
60	Se eu fosse trabalhar em outra empresa, eu estaria jogando fora todo o esforço que fiz para aprender as tarefas do meu cargo atual.	1	2	3	4	5

### PARTE III – Estilos de liderança

Leia atentamente o conteúdo das afirmativas e avalie o quanto cada uma delas descreve o que você pensa sobre o estilo de liderança do seu superior imediato. Utilize, para tanto, a escala de avaliação abaixo. Quanto mais perto de 1 maior é a discordância e quanto mais próximo de 5 maior é a concordância com o conteúdo da frase. Para responder cada questão, marque um “X” sobre o número que melhor indique a sua opinião.

QUESTÕES		Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente
1	O meu superior imediato faz eu e meus colegas nos sentirmos bem ao seu lado.	1	2	3	4	5
2	O meu superior imediato expressa com poucas palavras o que eu e meus colegas poderíamos e deveríamos fazer.	1	2	3	4	5
3	O meu superior imediato faz com que eu e meus colegas pensemos sobre os antigos problemas de uma nova maneira.	1	2	3	4	5
4	O meu superior imediato ajuda no desenvolvimento meu e de meus colegas.	1	2	3	4	5
5	Meu superior imediato diz a mim e aos meus colegas o que fazer se quisermos ser recompensados pelo nosso trabalho.	1	2	3	4	5
6	Meu superior imediato fica satisfeito quando os empregados atingem os padrões desejados.	1	2	3	4	5
7	O meu superior imediato se contenta em deixar que os empregados continuem trabalhando da mesma forma de sempre.	1	2	3	4	5
8	Eu e meus colegas temos plena confiança em nosso superior imediato.	1	2	3	4	5
9	O meu superior imediato passa uma imagem empolgante sobre o que eu e meus colegas podemos fazer.	1	2	3	4	5
10	O meu superior imediato proporciona a mim e aos meus colegas novas maneiras de olhar para as coisas problemáticas.	1	2	3	4	5
11	Meu superior imediato deixa que eu e meus colegas saibamos o que ele acha do que estamos fazendo.	1	2	3	4	5
12	Meu superior imediato reconhece/recompensa quando eu e meus colegas alcançamos as metas.	1	2	3	4	5
13	Enquanto as coisas estiverem funcionando meu superior imediato não tenta mudar nada.	1	2	3	4	5
14	Não importa o que eu e meus colegas queremos fazer, está tudo bem para o nosso superior imediato.	1	2	3	4	5
15	Eu e meus colegas sentimos orgulho de trabalhar com nosso superior imediato.	1	2	3	4	5
16	Meu superior imediato ajuda a mim e aos meus colegas a encontramos significado no nosso trabalho.	1	2	3	4	5
17	O meu superior imediato consegue que eu e meus colegas repensemos ideias que nós nunca havíamos questionado antes.	1	2	3	4	5
18	Meu superior imediato dá atenção pessoal aos empregados que parecem rejeitados.	1	2	3	4	5
19	Meu superior imediato chama atenção para o que eu e meus colegas podemos conseguir pelo que realizamos.	1	2	3	4	5
20	Meu superior imediato diz os padrões que eu e meus colegas temos que saber para conduzir o nosso trabalho.	1	2	3	4	5
21	Meu superior imediato pergunta a mim e aos meus colegas somente o que é absolutamente essencial.	1	2	3	4	5

**Apêndice E - Matriz de correlação e significâncias dos “Vínculos com a organização” e “Estilos de liderança” – Hospital A (público)**

CORRELAÇÕES	COM	AFE	INS	NOR	ENT	APS	LIM	ABI	CON	OBD	ACT	TRS	REC	GER	TRF	INF	MOT	EST	IND	AUS
<b>COM</b>	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0001	p<0,0001	p=0,0114	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0004	<b>p=0,2472</b>
<b>AFE</b>	r=0,7905	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0181	p=0,0560	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0011	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	<b>p=0,8958</b>
<b>INS</b>	r=0,7841	r=0,2949	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0002	<b>p=0,6107</b>	p=0,0834	<b>p=0,2374</b>	<b>p=0,1520</b>	<b>p=0,5144</b>	p=0,0924	p=0,0889	<b>p=0,2906</b>	<b>p=0,1414</b>
<b>NOR</b>	r=0,7829	r=0,4896	r=0,5375	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0109	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0429	p=0,0065	<b>p=0,2905</b>	p=0,0026	p=0,0120	p=0,0003	p=0,0002	p=0,0753	<b>p=0,1690</b>
<b>ENT</b>	r=0,7269	r=0,3799	r=0,7257	r=0,6599	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	<b>p=0,2453</b>	p=0,0405	<b>p=0,1554</b>	p=0,0259	<b>p=0,2427</b>	p=0,0098	p=0,0039	p=0,0912	p=0,0174
<b>APS</b>	r=0,6987	r=0,5167	r=0,4920	r=0,7167	r=0,8424	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0136	p=0,0009	<b>p=0,1073</b>	p=0,0004	p=0,0111	p=0,0001	p<0,0001	p=0,0045	p=0,0233
<b>LIM</b>	r=0,5388	r=0,1714	r=0,6052	r=0,5782	r=0,7959	r=0,5763	<b>r=1,0000</b>	p=0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0492	<b>p=0,6572</b>	<b>p=0,5826</b>	<b>p=0,9688</b>	<b>p=0,5220</b>	<b>p=0,9776</b>	<b>p=0,2182</b>	p=0,0939	<b>p=0,9721</b>	p=0,0123
<b>ABI</b>	r=0,4118	r=0,1389	r=0,5959	r=0,1844	r=0,6574	r=0,2919	r=0,2746	<b>r=1,0000</b>	p=0,0314	p=0,0615	p=0,0767	<b>p=0,7422</b>	<b>p=0,6075</b>	<b>p=0,1092</b>	<b>p=0,5650</b>	<b>p=0,8332</b>	<b>p=0,6078</b>	<b>p=0,6518</b>	<b>p=0,4337</b>	<b>p=0,5180</b>
<b>CON</b>	r=0,5666	r=0,4562	r=0,4084	r=0,4928	r=0,4644	r=0,5102	r=0,3731	r=0,1562	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0015	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	<b>p=0,1442</b>
<b>OBD</b>	r=0,4451	r=0,2892	r=0,3919	r=0,3908	r=0,4228	r=0,4129	r=0,4095	r=0,1360	r=0,9310	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0249	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	<b>p=0,3004</b>
<b>ACT</b>	r=0,5601	r=0,5852	r=0,2659	r=0,4801	r=0,3466	r=0,4807	r=0,1429	r=0,1287	r=0,7062	r=0,3991	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0003	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0970
<b>TRS</b>	r=0,2812	r=0,4332	<b>r=0,0381</b>	r=0,1507	<b>r=0,0868</b>	r=0,1830	<b>r=-0,0332</b>	<b>r=0,0246</b>	r=0,4104	r=0,3293	r=0,3936	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	<b>p=0,1423</b>
<b>REC</b>	r=0,3534	r=0,4602	r=0,1290	r=0,2018	r=0,1524	r=0,2447	<b>r=0,0411</b>	<b>r=0,0384</b>	r=0,4933	r=0,4056	r=0,4541	r=0,9071	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	<b>p=0,8926</b>
<b>GER</b>	r=0,1878	r=0,2406	r=0,0883	<b>r=0,0790</b>	<b>r=0,1060</b>	<b>r=0,1201</b>	<b>r=-0,0029</b>	<b>r=0,1195</b>	r=0,2341	r=0,1668	r=0,2650	r=0,4815	<b>r=0,4678</b>	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0003
<b>TRF</b>	<b>r=0,3416</b>	r=0,4482	<b>r=0,1066</b>	r=0,2219	r=0,1651 3	r=0,2615	<b>r=0,0478</b>	<b>r=0,0429</b>	<b>r=0,4942</b>	r=0,3997	r=0,4669	r=0,8453	r=0,8756	r=0,6069	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	<b>p=0,9884</b>
<b>INF</b>	r=0,2886	r=0,4190	<b>r=0,0486</b>	r=0,1859	<b>r=0,0870</b>	r=0,1879	<b>r=0,0021</b>	<b>r=-0,0157</b>	r=0,4508	r=0,3650	r=0,4252	r=0,7212	r=0,7523	r=0,4294	r=0,9068	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	<b>p=0,6468</b>
<b>MOT</b>	r=0,3581	r=0,4393	r=0,1251	r=0,2662	r=0,1911	r=0,2824	<b>r=0,0917</b>	<b>r=0,0383</b>	r=0,4736	r=0,3871	r=0,4399	r=0,7317	r=0,7362	r=0,4876	r=0,9173	r=0,8290	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	<b>p=0,7558</b>
<b>EST</b>	r=0,3401	r=0,4016	r=0,1265	r=0,2685	r=0,2131	r=0,3042	r=0,1245	<b>r=0,0337</b>	r=0,4717	r=0,3854	r=0,4383	r=0,7214	r=0,7405	r=0,4532	r=0,9058	r=0,8023	r=0,8342	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	<b>p=0,7966</b>
<b>IND</b>	r=0,2600	r=0,3626	<b>r=0,0788</b>	r=0,1322	r=0,1256	r=0,2094	<b>r=-0,0026</b>	<b>r=0,0584</b>	r=0,4582	r=0,3920	r=0,3917	r=0,7586	r=0,7736	r=0,4668	r=0,8915	r=0,7572	r=0,7818	r=0,7672	<b>r=1,0000</b>	<b>p=0,2426</b>
<b>AUS</b>	<b>r=0,0865</b>	<b>r=0,0098</b>	<b>r=0,1097</b>	<b>r=0,1027</b>	<b>r=0,1766</b>	r=0,1685	r=0,1856	<b>r=0,0484</b>	<b>r=0,1090</b>	<b>r=0,0774</b>	r=0,1237	<b>r=-0,1095</b>	<b>r=-0,0101</b>	r=0,2643	<b>r=0,0011</b>	<b>r=-0,0343</b>	<b>r=-0,0233</b>	<b>r=-0,0193</b>	<b>r=-0,0873</b>	<b>r=1,0000</b>

**Legenda.** COM: Comprometimento Organizacional; AFE: Comprometimento Afetivo; INS: Comprometimento Instrumental; NOR: Comprometimento Normativo; ENT: Entrincheiramento Organizacional; APS: Entrincheiramento Ajustamentos à Posição Social; LIM: Entrincheiramento Limitação de alternativas; ABI: Entrincheiramento Arranjos Burocráticos Impessoais; CON: Consentimento Organizacional; OBD: Consentimento Obediência Cega; ACT: Consentimento Aceitação Íntima; TRS: Liderança Transacional; REC: Liderança Transacional Recompensa Contingente; GER: Liderança Transacional Gerência pela Exceção; TRF: Liderança Transformacional; INF: Liderança Transformacional Carisma ou Influência Idealizada; MOT: Liderança Transformacional Motivação Inspiracional; EST: Liderança Transformacional Estimulação Intelectual; IND: Liderança Transformacional Consideração Individualizada; AUS: Ausência de liderança.

**Nota.** Correlações: p<0,1 – pouco significativa; p<0,05 - significativa; p<0,001 - altamente significativa.

Fonte: Dados da Pesquisa

**Apêndice F - Matriz de correlação e significâncias dos “Vínculos com a organização” e “Estilos de liderança” – Hospital B (privado)**

CORRELAÇÕES	COM	AFE	INS	NOR	ENT	APS	LIM	ABI	CON	OBD	ACT	TRS	REC	GER	TRF	INF	MOT	EST	IND	AUS
<b>COM</b>	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0093	p=0,0131	<b>p=0,2492</b>	p=0,0075	p=0,0019	p=0,0507	p=0,0020	p=0,0391	<b>p=0,7842</b>
<b>AFE</b>	r=0,8315	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0040	p=0,0215	<b>p=0,2005</b>	p=0,0056	p=0,0002	p=0,0222	p=0,0038	p=0,0602	<b>p=0,1987</b>
<b>INS</b>	r=0,7966	r=0,3787	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0003	p<0,0001	<b>p=0,1976</b>	<b>p=0,1147</b>	<b>p=0,1220</b>	p=0,0742	<b>p=0,1375</b>	<b>p=0,3952</b>	p=0,0194	p=0,0985	<b>p=0,1031</b>
<b>NOR</b>	r=0,7880	r=0,4960	r=0,5977	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0603	p=0,0358	<b>p=0,4148</b>	<b>p=0,1282</b>	p=0,0677	<b>p=0,1753</b>	p=0,0576	<b>p=0,2114</b>	<b>p=0,3312</b>
<b>ENT</b>	r=0,7897	r=0,4953	r=0,7751	r=0,7094	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0744	p=0,0380	<b>p=0,4704</b>	<b>p=0,1326</b>	<b>p=0,1078</b>	<b>p=0,5002</b>	p=0,1005	<b>p=0,2864</b>	p=0,0598
<b>APS</b>	r=0,7430	r=0,5446	r=0,6158	r=0,6963	r=0,8725	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0016	p=0,0017	<b>p=0,1014</b>	p=0,0073	p=0,0053	<b>p=0,1107</b>	p=0,0052	p=0,0434	p=0,0112
<b>LIM</b>	r=0,6163	r=0,3094	r=0,6479	r=0,6403	r=0,8096	r=0,6164	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0001	p=0,0002	<b>p=0,5698</b>	<b>p=0,2455</b>	<b>p=0,2085</b>	<b>p=0,7681</b>	<b>p=0,6329</b>	<b>p=0,9684</b>	<b>p=0,4659</b>	<b>p=0,8551</b>	p=0,0353
<b>ABI</b>	r=0,5891	r=0,3469	r=0,6677	r=0,4253	r=0,7973	r=0,5064	r=0,4585	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p=0,0026	p<0,0001	<b>p=0,6787</b>	<b>p=0,5154</b>	<b>p=0,3179</b>	<b>p=0,6353</b>	<b>p=0,6443</b>	<b>p=0,9363</b>	<b>p=0,7407</b>	<b>p=0,8229</b>	<b>p=0,9617</b>
<b>CON</b>	r=0,6332	r=0,6255	r=0,3705	r=0,5199	r=0,5098	r=0,5322	r=0,3668	r=0,3481	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0012	p=0,0004	p=0,0384	p=0,0002	p<0,0001	p=0,0007	p=0,0005	p=0,0044	<b>p=0,7817</b>
<b>OBD</b>	r=0,3913	r=0,3086	r=0,2825	r=0,3921	r=0,4029	r=0,4441	r=0,3024	r=0,2387	r=0,8816	<b>r=1,0000</b>	p=0,0002	p=0,0158	p=0,0032	p=0,0900	p=0,0045	p=0,0054	p=0,0054	p=0,0098	p=0,0468	<b>p=0,1645</b>
<b>ACT</b>	r=0,6991	r=0,8068	r=0,3295	r=0,4688	r=0,4323	r=0,4162	r=0,2923	r=0,3495	r=0,7718	r=0,2960	<b>r=1,0000</b>	p=0,0039	p=0,0070	p=0,0995	p=0,0011	p<0,0001	p=0,0072	p=0,0017	p=0,0056	<b>p=0,1328</b>
<b>TRS</b>	r=0,2091	r=0,2305	<b>r=0,1044</b>	r=0,1517	r=0,1442	r=0,2528	<b>r=0,0462</b>	<b>r=0,0337</b>	r=0,2578	r=0,1942	r=0,2313	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	<b>p=0,8364</b>						
<b>REC</b>	r=0,1995	r=0,1852	<b>r=0,1276</b>	r=0,1694	r=0,1674	r=0,2502	<b>r=0,0941</b>	<b>r=0,0528</b>	r=0,2814	r=0,2363	r=0,2164	r=0,9154	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0654
<b>GER</b>	<b>r=0,0934</b>	<b>r=0,1037</b>	<b>r=0,1251</b>	<b>r=-0,0662</b>	<b>r=0,0586</b>	<b>r=0,1325</b>	<b>r=-0,1019</b>	<b>r=0,0810</b>	r=0,1671	r=0,1371	r=0,1332	r=0,5593	r=0,6090	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0003
<b>TRF</b>	r=0,2146	r=0,2221	r=0,1443	<b>r=0,1231</b>	<b>r=0,1217</b>	r=0,2154	<b>r=0,0240</b>	<b>r=0,0385</b>	<b>r=0,2977</b>	r=0,2280	r=0,2615	r=0,8579	r=0,8851	r=0,7384	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0451
<b>INF</b>	r=0,2478	r=0,2916	<b>r=0,1202</b>	r=0,1476	<b>r=0,1301</b>	r=0,2236	<b>r=0,0388</b>	<b>r=0,0375</b>	r=0,3223	r=0,2230	r=0,3184	r=0,7588	r=0,7556	r=0,6240	r=0,9147	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	<b>p=0,3169</b>
<b>MOT</b>	r=0,1578	r=0,1842	<b>r=0,0690</b>	<b>r=0,1098</b>	<b>r=0,0547</b>	<b>r=0,1291</b>	<b>r=-0,0032</b>	<b>r=-0,0065</b>	r=0,2716	r=0,2234	r=0,2159	r=0,7731	r=0,8149	r=0,6017	r=0,9302	r=0,8229	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	p<0,0001	<b>p=0,1574</b>
<b>EST</b>	r=0,2469	r=0,2316	r=0,1882	r=0,1534	r=0,1329	r=0,2240	<b>r=0,0592</b>	<b>r=0,0269</b>	r=0,2776	r=0,2077	r=0,2512	r=0,7075	r=0,6738	r=0,5101	r=0,8582	r=0,7385	r=0,7908	<b>r=1,0000</b>	p<0,0001	<b>p=0,2210</b>
<b>IND</b>	r=0,1665	r=0,1518	r=0,1336	<b>r=0,1013</b>	<b>r=0,0865</b>	r=0,1630	<b>r=0,0148</b>	<b>r=0,0182</b>	r=0,2286	r=0,1605	r=0,2224	r=0,7749	r=0,7821	r=0,6131	r=0,9271	r=0,8440	r=0,8425	r=0,7854	<b>r=1,0000</b>	p=0,0651
<b>AUS</b>	<b>r=0,0222</b>	<b>r=-0,1041</b>	<b>r=0,1318</b>	<b>r=0,0788</b>	r=0,1520	r=0,2038	r=0,1698	<b>r=0,0039</b>	<b>r=0,0225</b>	<b>r=0,1126</b>	<b>r=-0,1217</b>	<b>r=0,0168</b>	r=0,1488	r=0,2910	r=0,1617	<b>r=0,0812</b>	<b>r=0,1145</b>	<b>r=0,0992</b>	r=0,1490	<b>r=1,0000</b>

**Legenda.** COM: Comprometimento Organizacional; AFE: Comprometimento Afetivo; INS: Comprometimento Instrumental; NOR: Comprometimento Normativo; ENT: Enrincheiramento Organizacional; APS: Enrincheiramento Ajustamentos à Posição Social; LIM: Enrincheiramento Limitação de alternativas; ABI: Enrincheiramento Arranjos Burocráticos Impessoais; CON: Consentimento Organizacional; OBD: Consentimento Obediência Cega; ACT: Consentimento Aceitação Íntima; TRS: Liderança Transacional; REC: Liderança Transacional Recompensa Contingente; GER: Liderança Transacional Gerência pela Exceção; TRF: Liderança Transformacional; INF: Liderança Transformacional Carisma ou Influência Idealizada; MOT: Liderança Transformacional Motivação Inspiracional; EST: Liderança Transformacional Estimulação Intelectual; IND: Liderança Transformacional Consideração Individualizada; AUS: Ausência de liderança.

**Nota.** Correlações: p<0,1 – pouco significativa; p<0,05 - significativa; p<0,001 - altamente significativa.

Fonte: Dados da Pesquisa